

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ή ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Ασθένεια– μητρότητα – θάνατος (επίδομα) – αναπηρία

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 9.2· άρθρο 18.1· άρθρο 38.1· άρθρο 64
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 6.2· άρθρο 16· άρθρο 39.1 και 2· άρθρο 79

Ο αρμόδιος φορέας πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Α του εντύπου και να στείλει δύο αντίγραφα στο φορέα του κράτους μέλους, στη νομοθεσία του οποίου υπήχθη τελευταία ο ενδιαφερόμενος. Ο τελευταίος αυτός φορέας θα πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Β και να επιστρέψει το έντυπο στο φορέα, από τον οποίο το έλαβε. Εάν το έντυπο έχει συνταχθεί ύστερα από αίτημα του ενδιαφερόμενου, ο φορέας που εκδίδει το έντυπο θα πρέπει να συμπληρώσει τα μέρη Α.2 και Β και να δώσει ή να αποστείλει το έντυπο στον ενδιαφερόμενο.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, καμία από τις οποίες δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Μέρος Α

1.	Φορέας προορισμού του εντύπου
1.1	Επωνυμία:
1.2	Κωδικός του φορέα
1.3	Διεύθυνση:
2.	Ασφαλισμένος
2.1	Επώνυμο(-α) ⁽²⁾ :
2.2	Όνομα(-τα) ⁽³⁾ : Ημερομηνία γέννησης:
2.3	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α):
2.4	Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
2.5	Από την ημερομηνία που αναφέρεται στο 3.1, ο ασφαλισμένος ασκεί μία δραστηριότητα ως: <input type="checkbox"/> Μισθωτός <input type="checkbox"/> Αυτοτελώς απασχολούμενος σε ⁽⁴⁾
2.6	<input type="checkbox"/> Όνομα του τελευταίου εργοδότη <input type="checkbox"/> Τελευταία δραστηριότητα ως αυτοτελώς απασχολούμενος Διεύθυνση:
2.7	<input type="checkbox"/> Προηγούμενοι εργοδότες: <input type="checkbox"/> Προηγούμενες δραστηριότητες ως αυτοτελώς απασχολούμενος: [επωνυμία και διεύθυνση]

3. Για την επεξεργασία αιτήματος που υποβλήθηκε από τον ασφαλισμένο που αναφέρεται ανωτέρω, παρακαλούμε αναφέρατε τις περιόδους ασφάλισης, απασχόλησης ή κατοικίας που έχει συμπληρώσει ο εν λόγω ασφαλισμένος

3.1 από

3.2 βάσει της νομοθεσίας της χώρας σας, για τον ακόλουθο κίνδυνο:

ασθένεια και μητρότητα⁽⁵⁾ θάνατος (επίδομα) αναπηρία⁽⁶⁾

4.	Αρμόδιος φορέας	
4.1	Επωνυμία:	
4.2	Κωδικός του φορέα:	
4.3	Διεύθυνση:	
4.4	Σφραγίδα	4.5. Ημερομηνία:
		4.6. Υπογραφή:

Μέρος Β

5. Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2

5.1 ήταν ασφαλισμένο έναντι του κινδύνου της ασθένειας - μητρότητας από την ημερομηνία που αναφέρεται στο 3.1(7)

5.2 έχει από
συμπληρώσει

6.	τις ακόλουθες περιόδους ασφάλισης ή απασχόλησης για τις ακόλουθες παροχές: <input type="text"/> ⁽⁵⁾	
6.1	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.2	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.3	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.4	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.5	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.6	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.7	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.8	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.9	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.10	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

7.	τις ακόλουθες περιόδους κατοικίας:	
7.1	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.2	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.3	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.4	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.5	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.6	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.7	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.8	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.9	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.10	από έως ⁽⁸⁾	έναντι ⁽⁹⁾ του κινδύνου <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

8.	Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Β	
8.1	Επωνυμία:	
8.2	Κωδικός του φορέα:	
8.3	Διεύθυνση:	
8.4	Σφραγίδα	8.5 Ημερομηνία:
		8.6 Υπογραφή:

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- (¹) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει πρώτος το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.
- (²) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- (³) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- (⁴) Αναφέρατε το κράτος.
- (⁵) Μόνον εάν το έντυπο απευθύνεται σε φορέα του Βελγίου, της Γαλλίας, της Ελλάδας, του Λιχτενστάιν ή της Ελβετίας, αναφέρατε τον καλυπτόμενο κίνδυνο, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: N = παροχές σε είδος, E = παροχές σε χρήμα.
- (⁶) Για τις περιπτώσεις των γαλλικών και λεττονικών φορέων.
- (⁷) Συμπληρώσατε, μόνον εάν ο αρμόδιος φορέας είναι βελγικός.
- (⁸) Εάν η βεβαίωση προορίζεται για φορέα του Βελγίου, της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Ελλάδας, της Λεττονίας, της Λιθουανίας, της Πολωνίας ή του Λιχτενστάιν, αναφέρατε, κατά πόσον οι περίοδοι δραστηριότητας είχαν διανυθεί με την ιδιότητα του μισθωτού ή του αυτοτελώς απασχολούμενου, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: D = μισθωτός· I = αυτοτελώς απασχολούμενος.
Εάν η βεβαίωση προορίζεται για γερμανικό, λιθουανικό, λουξεμβουργιανό ή πολωνικό φορέα, αναφέρατε τις περιόδους ασφάλισης στο πλαίσιο 6, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: P = υποχρεωτική ασφάλιση· F = προαιρετική ασφάλιση.
- (⁹) Αναφέρατε τον καλυπτόμενο κίνδυνο, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς:
A = ασθένεια και μητρότητα· B = θάνατος (επίδομα)· O = αναπηρία.
- (¹⁰) Εάν ο αρμόδιος φορέας είναι κυπριακός, γερμανικός, ιρλανδικός, ουγγρικός, αυστριακός ή βρετανικός, σημειώσατε σταυρό στο τετράγωνο αυτό, οσάκις η περίοδος ασφάλισης ή η περίοδος κατοικίας αντιστοιχεί σε περίοδο πραγματικής απασχόλησης και αναφέρατε τον τύπο της απασχόλησης ή της αυτοτελούς δραστηριότητας.