

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA ACUMULACIÓN (TOTALIZACIÓN) DE PERÍODOS DE SEGURO, EMPLEO O RESIDENCIA

Enfermedad – maternidad – defunción (subsidio) – invalidez

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 9.2; artículo 18.1; artículo 38.1; artículo 64  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 6.2; artículo 16; artículo 39.1 y 2; artículo 79

La institución competente cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución del último Estado miembro a cuya legislación haya estado sujeto el interesado. Esta institución cumplimentará la parte B y devolverá el formulario a la institución que se lo ha remitido. Si el formulario se expide a petición del interesado, la institución que debe entregarlo cumplimentará las partes A.2 y B, y entregará o hará llegar el formulario al propio interesado.

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.**

Parte A

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

2. Persona asegurada

2.1 Apellido(s)<sup>(2)</sup>: .....

2.2 Nombre<sup>(3)</sup>: ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Apellidos de nacimiento: .....

2.4 Número de identificación personal: .....

2.5 A partir de la fecha indicada en el punto de 3.1, el trabajador ha ejercido una actividad laboral:  
 por cuenta ajena  por cuenta propia en<sup>(4)</sup> .....

2.6  Nombre o razón social del último empleador  
 Última actividad por cuenta propia  
Dirección: .....

2.7  Empleadores anteriores: .....  Actividades por cuenta propia anteriores:  
[nombre o razón social y dirección] .....

3. A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el trabajador citado en el recuadro 2, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro, empleo o residencia que ha cumplido

3.1 a partir del .....

3.2 con arreglo a la legislación de su país, para la contingencia siguiente:

enfermedad y maternidad<sup>(5)</sup>  defunción (subsidio)  invalidez<sup>(6)</sup>

4. Institución competente

4.1 Denominación: .....

4.2 Número de identificación de la institución: .....

4.3 Dirección: .....

4.4 Sello

4.5 Fecha: .....

4.6 Firma: .....

Parte B

5. La persona citada en el recuadro 2

5.1  ha estado protegida contra la contingencia de enfermedad-maternidad desde la fecha citada en el punto 3.1 (7)

5.2  ha cumplido desde el .....

6. los siguientes períodos de seguro o de empleo que dan lugar a las prestaciones que figuran a continuación  (5)

6.1 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.2 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.3 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.4 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.5 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.6 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.7 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.8 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.9 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.10 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7. los siguientes períodos de residencia:

7.1 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.2 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.3 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.4 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.5 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.6 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.7 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.8 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.9 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.10 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

8. Institución que cumplimenta la parte B

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta en primer lugar el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar el Estado (código ISO).
- (<sup>5</sup>) Únicamente en el caso de que la institución destinataria sea belga, francesa, liechtensteiniana o suiza, indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes: N = prestaciones de especie, E = prestaciones en metálico.
- (<sup>6</sup>) Para las instituciones francesas y letonas.
- (<sup>7</sup>) Cumplimentar únicamente si se trata de una institución competente belga.
- (<sup>8</sup>) Si la certificación va destinada a una institución belga, checa, griega, letona, lituana, polaca o liechtensteiniana, indicar si se trata de períodos de actividad por cuenta propia o por cuenta ajena mediante los códigos siguientes: D = trabajador por cuenta ajena; I = trabajador por cuenta propia.
- Si la certificación va destinada a una institución alemana, lituana, luxemburguesa o polaca, indicar los períodos de seguro en el recuadro 7 mediante los códigos siguientes: P = seguro obligatorio; F = seguro voluntario.
- (<sup>9</sup>) Indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes:  
A = enfermedad y maternidad; B = defunción (subsidio); O = invalidez.
- (<sup>10</sup>) Si la institución competente es chipriota, alemana, irlandesa, húngara, austriaca o británica, marcar con una cruz esta casilla en caso de que el período de seguro o de residencia corresponda a un período de actividad laboral y precisar si se trata de una actividad por cuenta propia o ajena.