

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SUMOWANIA OKRESÓW UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB ZAMIESZKANIA

Choroba – macierzyństwo – śmierć (zasitek) – inwalidztwo

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 9 ust. 2; art. 18 ust. 1; art. 38 ust. 1; art. 64

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 6 ust. 2; art. 16; art. 39 ust. 1 i 2; art. 79

Właściwa instytucja powinna wypełnić część A formularza i przesłać dwa egzemplarze do instytucji państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu ostatnio podlegała zainteresowana osoba. Ostatnia z wymienionych instytucji powinna wypełnić część B i odesłać formularz instytucji, od której go otrzymała. Jeżeli formularz jest wydawany na wniosek zainteresowanej osoby, instytucja wystawiająca formularz powinna wypełnić części A.2 oraz B i wydać go lub przesłać osobie zainteresowanej.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 3 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

Część A

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz
1.1	Nazwa:
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji:
1.3	Adres:

2.	Osoba ubezpieczona
2.1	Nazwisko(-a) ⁽²⁾ :
2.2	Imię (imiona) ⁽³⁾ :
	Data urodzenia:
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska:
2.4	Osobisty numer identyfikacyjny:
2.5	Od dnia wymienionego w punkcie 3.1 osoba ubezpieczona pracowała jako: <input type="checkbox"/> pracownik najemny <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek w ⁽⁴⁾
2.6	<input type="checkbox"/> Nazwa ostatniego pracodawcy <input type="checkbox"/> Ostatnio prowadzona działalność na własny rachunek
	Adres:

2.7	<input type="checkbox"/> Poprzedni pracodawcy: [nazwa i adres]
	<input type="checkbox"/> Poprzednio prowadzone działalności na własny rachunek:

3. W celu rozpatrzenia wniosku złożonego przez wymienioną powyżej osobę ubezpieczoną, proszę wskazać przebyte przez tę osobę okresy ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania

3.1 od dnia

3.2 na mocy ustawodawstwa Waszego państwa, uprawniające do świadczeń z tytułu:

choroby i macierzyństwa⁽⁵⁾

śmierci (świadczenie)

inwalidztwa⁽⁶⁾

4. Instytucja właściwa

4.1 Nazwa:

4.2 Numer identyfikacyjny instytucji:

4.3 Adres:

4.4 Pieczęć

4.5 Data:

4.6 Podpis

Część B

5. Osoba wskazana w punkcie 2

5.1 była ubezpieczona na wypadek choroby-macierzyństwa od daty podanej w punkcie 3.1 (7)

5.2 przebyła od dnia

6. następujące okresy ubezpieczenia lub zatrudnienia uprawniające do następujących świadczeń: (5)

6.1 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.2 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.3 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.4 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.5 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.6 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.7 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.8 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.9 od do (8) z tytułu (9) (10)

6.10 od do (8) z tytułu (9) (10)

7. następujące okresy zamieszkania:

7.1 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.2 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.3 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.4 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.5 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.6 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.7 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.8 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.9 od do (8) z tytułu (9) (10)

7.10 od do (8) z tytułu (9) (10)

8. Instytucja wypełniająca część B

8.1 Nazwa instytucji:

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji:

8.3 Adres:

8.4 Pieczęć

8.5 Data:

8.6 Podpis:

UWAGI

- (1) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz jako pierwsza: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę podać nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Proszę określić państwo.
- (5) Tylko w przypadku gdy formularz jest adresowany do instytucji belgijskiej, francuskiej, greckiej, Liechtensteinu lub szwajcarskiej, proszę określić rodzaj ryzyka objętego ubezpieczeniem przy użyciu następujących kodów: N = świadczenia rzeczowe, E = świadczenia pieniężne.
- (6) Dla potrzeb instytucji francuskich i łotewskich.
- (7) Proszę wypełnić tylko wtedy, gdy instytucją właściwą jest instytucja belgijska.
- (8) Jeżeli zaświadczenie wydaje się dla instytucji belgijskiej, czeskiej, greckiej, łotewskiej, litewskiej, polskiej lub Liechtensteinu, proszę podać, czy okresy aktywności zawodowej zostały przebyte w charakterze pracownika najemnego, czy osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, używając następującego kodu: D = pracownik najemny; I = osoba prowadząca działalność na własny rachunek.
Jeżeli zaświadczenie wydaje się dla instytucji niemieckiej, litewskiej, luksemburskiej lub polskiej, proszę wskazać okresy ubezpieczenia w punkcie 7, używając następujących kodów: P = ubezpieczenie obowiązkowe; F = ubezpieczenie dobrowolne.
- (9) Proszę określić rodzaj ryzyka objętego ubezpieczeniem używając następującego kodu:
A = choroba lub macierzyństwo; B = śmierć (zasiłek); O = inwalidztwo.
- (10) Jeżeli instytucją właściwą jest instytucja cypryjska, niemiecka, irlandzka, węgierska, austriacka lub brytyjska, proszę zaznaczyć to pole krzyżykiem, jeżeli okres ubezpieczenia lub zamieszkania odpowiada okresowi rzeczywistego zatrudnienia, oraz określić rodzaj zatrudnienia lub prowadzenia działalności na własny rachunek.