

CERTIFICATO RIGUARDANTE L'AGGREGAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI RESIDENZA

Malattia – maternità – decesso (assegno) - invalidità

Reg. 1408/71: art. 9.2; art. 18.1, art. 38.1; art. 64
Reg. 574/72: art. 6.2; art. 16; art. 39.1 e 2, art. 79

L'Istituzione competente compila la parte A del modulo ed invia due copie all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione la persona interessata è stata soggetta da ultimo. Tale istituzione compila la parte e rinvia il modulo all'istituzione mittente. Se il modulo è fornito su richiesta della persona interessata, l'istituzione che lo rilascia compila la parti A.2 e B e lo consegna o lo trasmette alla persona interessata.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. E' costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata

Parte A

1	Istituzione destinataria
1.1 Denominazione:	
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione:	
1.3 Indirizzo:	
.....	

2	Persona assicurata
2.1 Cognome (i)(2):	
2.2	Nome (i)(3):
	Data di nascita

2.3 Cognome da nubile :	
2.4 Numero di identificazione personale :	
.....	
2.5 A decorrere dalla data indicata al punto 3.1, l'assicurato ha esercitato un'attività	
<input type="checkbox"/> subordinata <input type="checkbox"/> autonoma (4)	
2.6 <input type="checkbox"/> Nome dell'ultimo datore di lavoro	
<input type="checkbox"/> Ultima attività come lavoratore e autonomo	
.....	
Indirizzo	
.....	
2.6	Datori di lavoro precedenti <input type="checkbox"/> Attività autonome precedenti
	(nome e indirizzo)

- 3 Per dare seguito alla richiesta presentata dalla persona assicurata di cui sopra, indicare i periodi di assicurazione, occupazione o di residenza
- 3.1 dal
- 3.2 Conformemente alla legislazione del vostro paese, per rischio di:
- malattia e maternità (5) decesso (assegno) invalidità (6)

4

Istituzione competente

- 4.1 Denominazione:
- 4.2 Numero di identificazione dell'istituzione:
- 4.3 Indirizzo:
- 4.4 Timbro
- 4.5 Data
- 4.6 Firma

Parte B

5 La persona di cui al punto 2

- 5.1 è stata assicurata per il rischio di malattia-maternità a decorrere dalla data di cui al punto 3.1 (7) (8 ter)
- 5.2 ha compiuto dal

6

I seguenti periodi di assicurazione o di occupazione, per le prestazioni seguenti: (5)

- 6.1 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.2 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.3 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.4 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.5 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.6 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.7 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.8 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.9 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 6.10 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7

I seguenti periodi di residenza:

- 7.1 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.2 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.3 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.4 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.5 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.6 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.7 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.8 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.9 dal al (8) per (9) il rischio (10)
- 7.10 dal al (8) per (9) il rischio (10)

8

Istituzione che compila la parte B

- 8.1 Denominazione
- 8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:
- 8.3 Indirizzo
- 9.3 Timbro
- 9.4 Data
- 9.5 Firma

NOTE

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
 - (2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile
 - (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
 - (4) Indicare lo Stato.
 - (5) Soltanto se l'istituzione destinataria è belga, francese, greca, liechtensteinese o svizzera, indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici: N = prestazioni in natura, E = prestazioni in denaro.
 - (6) Per le istituzioni francesi e lettone.
 - (7) Compilare unicamente se l'istituzione competente è belga.
 - (8) Se il certificato è destinato ad un'istituzione belga, ceca, greca, lettone, lituana, polacca o liechtensteinese, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando i codici seguenti: D = lavoratore subordinato; I = lavoratore autonomo.
Se il certificato è destinato ad un'istituzione tedesca, lituana, lussemburghese o polacca, indicare i periodi di assicurazione di cui alla sezione 7 utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria; F = assicurazione volontaria.
 - (9) Indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici:
A = malattia e maternità; B = decesso (assegno); O = invalidità.
 - (10) Se l'istituzione competente è cipriota, tedesca, irlandese, ungherese, austriaca o britannica, apporre un crocetta in questa casella, sempreché il periodo di assicurazione odi residenza corrisponda ad un periodo di occupazione effettiva; indicare il tipo di attività subordinata o autonoma.
-