

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTÁSI, FOGLALKOZTATÁSI VAGY HELYBENLAKÁSI IDŐSZAKOK ÖSSZESZÁMÍTÁSÁRÓL

Betegség – anyaság – elhalálozás (segély) – rokkantság

1408/81/EGK rendelet: 9. cikk (2) bekezdés; 18. cikk (1) bekezdés; 38. cikk (1) bekezdés; 64. cikk  
584/82/EGK rendelet: 6. cikk (2) bekezdés; 16. cikk; 39. cikk (1) és (2) bekezdés; 89. cikk

Az illetékes teherviselőnek a nyomtatvány A részét kell kitöltenie és a nyomtatványt két példányban megküldenie annak a tagállamnak az intézményéhez, amelynek joghatósága alá az érintett személy utójára tartozott. Az utóbbi intézmény a B részt tölti ki és visszaküldi a nyomtatványt annak az intézménynek, amelytől megkapta. Ha az igazolást az érintett személy kérésére állítják ki, a kibocsátó intézmény az A.2. és a B részt tölti ki, és az érintett személynek adja át vagy küldi el a nyomtatványt.

Kérjük a nyomtatványt nyomtatott betűkkel töltsé ki, és csak a pontozott vonalra írjon.  
A nyomtatvány 3 oldalból áll, amelyek közül egy sem hagyható ki.

A. rész

1.	A címzett intézmény
1.1	Név: .....
1.2	Az intézmény azonosító száma: .....
1.3	Cím: .....

2.	A biztosított személy
2.1	Családi név (nevek) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Utónév (nevek) <sup>(3)</sup> : .....
	Születési idő: .....
2.3	Előző név (nevek): .....
2.4	Személyi azonosító szám: .....
2.5	A 3.1. pontban megjelölt időponttól a biztosított személy: <input type="checkbox"/> foglalkoztatott <input type="checkbox"/> önálló vállalkozó <sup>(4)</sup> .....
2.6	<input type="checkbox"/> Az utolsó foglalkoztató megnevezése: <input type="checkbox"/> Önálló vállalkozó utolsó tevékenysége ..... Cím:..... .....
2.7	<input type="checkbox"/> Korábbi foglalkoztatók: [név és cím] .....
	<input type="checkbox"/> Korábban folytatott vállalkozói tevékenységek: ..... ..... ..... .....

3. A fent megnevezett biztosított személy igénylésének elbírálásához kérjük, adja meg a biztosítási, foglalkoztatási vagy helybenlakási időszakokat

3.1 ..... -tól/től

3.2 amelyeket az Önök országában hatályos jogszabályok alapján teljesített, a következő kockázatok vonatkozásában:

betegség és anyaság<sup>(5)</sup>                       elhalálozás (segély)                       rokkantság<sup>(6)</sup>

4. Illetékes teherviselő	
4.1	Név: .....
4.2	Az intézmény azonosító száma: .....
4.3	Cím: .....
4.4	Bélyegző
4.5	Kelt: .....
4.6	Aláírás: .....

## B. rész

5. A 2. rovatban megjelölt személy

5.1  a 3.1. pontban megállapított időponttól kezdve biztosított a betegségi és anyasági kockázatokkal szemben<sup>(7)</sup>5.2  teljesítette ..... óta

6.	a következő biztosítási vagy foglalkoztatási időszakokat a következő ellátásokra vonatkozóan:	<input type="checkbox"/>	<sup>(5)</sup>
6.1	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.2	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.3	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.4	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.5	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.6	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.8	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.8	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.9	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
6.10	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>

7.	a következő helybenlakási időszakokat:		
7.1	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.2	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.3	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.4	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.5	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.6	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.8	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.8	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.9	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>
7.10	.....-tól/től .....-ig <sup>(8)</sup> .....	kockázatra <sup>(9)</sup>	<input type="checkbox"/>

8. A B. részt kitöltő intézmény	
8.1	Név: .....
8.2	Az intézmény azonosító száma: .....
8.3	Cím: .....
8.4	Bélyegző:
8.5	Kelt: .....
8.6	Aláírás: .....

## MEGJEGYZÉSEK

- (<sup>1</sup>) Annak az országnak a betűjele, amelyhez a formanyomtatványt kitöltő intézmény tartozik: BE = Belgium; CZ = Cseh Köztársaság; DK = Dánia; DE = Németország; EE = Észtország; GR = Görögország; ES = Spanyolország; FR = Franciaország; IE = Írország; IT = Olaszország; CY = Ciprus; LV = Lettország; LT = Litvánia; LU = Luxemburg; HU = Magyarország; MT = Málta; NL = Hollandia; AT = Ausztria; PL = Lengyelország; PT = Portugália; SI = Szlovénia; SK = Szlovákia; FI = Finnország; SE = Svédország; UK = Egyesült Királyság; IS = Izland; LI = Liechtenstein; NO = Norvégia; CH = Svájc.
- (<sup>2</sup>) A teljes családi nevet meg kell adni, az anyakönyvben feltüntetett sorrendben.
- (<sup>3</sup>) Minden utónevet meg kell adni, az anyakönyvben feltüntetett sorrendben.
- (<sup>4</sup>) Jelölje meg az országot.
- (<sup>5</sup>) Amennyiben a nyomtatvány címzettje belga, francia, görög, liechtensteini vagy svájci intézmény, kérjük, hogy a biztosított kockázatot a következő betűkkel jelölje: N = természetbeni ellátások; E = pénzbeni ellátások.
- (<sup>6</sup>) Francia és lett intézmények esetében.
- (<sup>6</sup>) Csak akkor kell kitölteni, ha az illetékes teherviselő belga intézmény.
- (<sup>6</sup>) Ha az igazolást belga, cseh, görög, lett, litván, lengyel vagy liechtensteini intézménynek szánják, a következő betűkkel jelezzék, hogy az aktív időszakokat foglalkoztatottként vagy önálló vállalkozóként töltötték-e: D = foglalkoztatott, I = önálló vállalkozó.  
Ha az igazolást német, litván, luxemburgi vagy lengyel intézménynek szánják, a 8. pontban a biztosítási időszakokat a következő betűkkel jelöljék: P = kötelező biztosítás; F = önkéntes biztosítás.
- (<sup>9</sup>) A biztosított kockázatokat a következő betűkkel jelöljék:  
A = betegség és anyaság; B = elhalálozás (segély); O = rokkantság.
- (<sup>10</sup>) Ha az illetékes teherviselő ciprusi, német, ír, magyar, osztrák vagy egyesült királyságbeli intézmény, a négyzetben jelölje x-szel, amennyiben a biztosítási vagy a helybenlakási időszak tényleges foglalkoztatási időszaknak felel meg, és jelölje meg a foglalkoztatás vagy önálló vállalkozóként végzett tevékenység típusát is.