



**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE LOS PERÍODOS DE SEGURO, DE ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA O AJENA, O BIEN A OCUPACIONES SUCESIVAS EN VARIOS ESTADOS MIEMBROS ENTRE LAS FECHAS DE PAGO PREVISTAS EN LA LEGISLACIÓN DE DICHS ESTADOS**

Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 12; artículo 72  
Reglamento (CEE) n° 574/72: artículo 10 bis; artículo 85.2 y 3

Esta certificación será expedida a petición del interesado. En su caso, la institución competente se dirigirá, para obtenerla, a la última institución a la que el asegurado haya estado anteriormente afiliado.

**A. Esta parte deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de prestaciones familiares a la que está afiliado el asegurado**

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Desempleado
1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
1.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
1.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....
			Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
1.4.	Estado civil	<input type="checkbox"/> soltero/a	<input type="checkbox"/> casado/a
		<input type="checkbox"/> divorciado/a	<input type="checkbox"/> separado/a
			<input type="checkbox"/> viudo/a
			<input type="checkbox"/> conviviente <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>
1.5.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

2.	Beneficiario de las prestaciones familiares		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
2.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
2.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....
			Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
2.4.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

3.	Período sobre el que se solicita la información		
3.1.	Del ..... al .....		
3.2.	Nombre y dirección del empleador <sup>(7)</sup> : .....		
3.2.	Tipo de actividad por cuenta propia <sup>(7)</sup> : .....		

4.	Institución a la que estaba afiliado anteriormente el asegurado en virtud de un actividad por cuenta ajena o por cuenta propia		
4.1.	Denominación: .....		
4.2.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

5.	Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia		
5.1.	Denominación: .....		
5.2.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

6. Institución a la que está afiliado actualmente el asegurado

6.1. Denominación: .....

6.2. Dirección (º): .....

6.3. Número de referencia del expediente: .....

6.4. Sello:

6.5. Fecha: .....

6.6. Firma: .....

**B. Esta parte deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de prestaciones familiares a la que estaba afiliado el asegurado anteriormente**

7.

7.1. Certificamos que el asegurado cuyos datos figuran en el recuadro 1 ha estado asegurado del ..... al ..... (º) .....

7.2. en (º) .....

7.3.  Tiene derecho a prestaciones familiares  No tiene derecho a prestaciones familiares

7.4. Le han sido abonadas prestaciones familiares del..... al .....

7.5. Miembros de la familia por los que se abonaron las prestaciones familiares:

7.5.1. Apellido(s)	Nombre	Fecha de nacimiento	Importe mensual
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7.5.2. ¿Están los importes revalorizados? .....

8. Institución a la que estaba afiliado anteriormente el asegurado en virtud de un actividad por cuenta ajena o por cuenta propia

8.1. Denominación: .....

8.2. Dirección (º): .....

8.3. Sello:

8.4. Fecha: .....

8.5. Firma: .....

9. Observaciones: .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta 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.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido, apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (2) Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (3) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número CPR; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro AHV; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro AVS/AI (*AHV/IV*).
- (4) Si va destinado a instituciones checas, danesas, islandesas o noruegas.
- (5) Esta información deberá proceder de una declaración del interesado.
- (6) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (7) Para el período anterior al traslado del trabajador al Estado miembro a cuya legislación está sujeto en la actualidad.
- (8) a) Si va dirigido a instituciones griegas, indicar el número de días de trabajo cubiertos durante el año civil anterior al de la solicitud de las prestaciones familiares.  
b) Si va dirigido a instituciones belgas, indicar en el recuadro siguiente el número de días de trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia:

Número de días de trabajo por cuenta ajena: .....
Número de días de trabajo por cuenta propia: .....

- c) Si va dirigido a instituciones francesas, indicar en el recuadro siguiente el número de días y horas de trabajo por cuenta ajena, así como la remuneración bruta recibida:

	Número de días de trabajo por cuenta ajena	Número de horas de trabajo por cuenta ajena	Remuneración bruta recibida
Durante el último mes			
Durante los últimos tres meses			
Durante los últimos seis meses			

- (9) País en el que se ha ejercido la actividad de que se trata.