

E 001

(1)

- Solicitare de informații
- Comunicare de informații
- Solicitare de formulare
- Reamintire

privind

- un lucrător salariat
- un lucrător independent
- un lucrător frontalier
- un pensionar
- un solicitant de pensie
- un șomer
- un membru de familie

Regulamentul 1408/71 : articol 84

Instituția expeditoare completează partea A și trimite două exemplare instituției destinare. Aceasta completează partea B și returnează un exemplar la instituția expeditoare.

Formularul este utilizat pentru a completa alte formulare sau pentru orice schimb de informații care nu este prevăzut în mod formal în cadrul formularelor, cărora nu li se substituie în nici un caz.

Partea A

1.	Instituția destinată
1.1	<input type="checkbox"/> Denumirea :
1.2	<input type="checkbox"/> Adresa ⁽²⁾ :

2.	Informații privind asiguratul ⁽³⁾
2.1	Nume de familie ⁽⁴⁾ :
2.2	Nume de naștere ⁽⁴⁾ :
2.3	Prenume ⁽⁵⁾ :
2.4	Nume anterioare ⁽⁶⁾ :
2.5	Sex ⁽⁷⁾ :

3.	Naționalitate ⁽⁸⁾ : D.N.I. ⁽⁹⁾ :
-----------	--

4.	Naștere
4.1	Data ⁽¹⁰⁾ :
4.2	Localitatea ⁽¹¹⁾ :
4.3	Provincia sau departamentul ⁽¹²⁾ :
4.4	Tara ⁽¹³⁾ :

5.	Număr de înregistrare
5.1	la instituția expeditoare :
5.2	la instituția destinată :

6.	Adresa ⁽²⁾ :
-----------	-------------------------------

7.	Informații privind dosarul
7.1	Tipul prestației :
7.2	Referința dosarului dată de instituția expeditoare :
7.3	Referința dosarului dată de instituția destinată :

8. Membru de familie ⁽¹⁴⁾8.1 Nume de familie ⁽⁴⁾

.....

8.2 Prenume

Nume de naștere ⁽⁴⁾

.....

8.3 Locul nașterii ⁽¹¹⁾

Data nașterii

.....

8.4 Sex

Naționalitate

D.N.I. ⁽⁹⁾

.....

8.5 Adresa ⁽²⁾ :

.....

9. Cerere Reamintirea cererii din data de :

Vă rugăm să ne trimiteți pentru persoana desemnată în rubrica

 2 89.1 formularul (-ele) următor(-are) :9.2 documentul(-ele) următor(-are) :9.3 informația(informațiile) următor(-are) :

9.4 Motivul cererii :

10.

Schimbare de situație : au intervenit următoarele schimbări

.....

.....

.....

.....

11.

Diverse

.....

.....

.....

.....

12.

Instituția care completează partea A

12.1 Denumirea :

Numărul de cod ⁽¹⁵⁾ :12.2 Adresa ⁽²⁾ :

.....

12.3 Stampila

12.4

Data

.....

12.5

Semnătura

.....

Partea B

13.

Ca urmare a cererii dumneavoastră din data de vă transmitem alăturat

13.1 formularul (-ele) următor(-are) :13.2 documentul(-ele) următor(-are) :13.3 informația(informațiile) următor(-are) :

14.

Ca urmare a cererii dumneavoastră din data de

Vă comunicăm că este imposibil să să transmitem:

14.1 formularul (-ele) următor(-are) :14.2 documentul(-ele) următor(-are) :14.3 informația(informațiile) următor(-are) :14.4 Motive :

15.

Diverse

16.

 Ca urmare a transmiterii dumneavoastră din data de

Vă conformăm primirea informațiilor conținute în rubrica 10

17.

Instituția care completează partea B

17.1 Denumirea : Numărul de cod ⁽¹⁵⁾ :17.2 Adresa ⁽²⁾ :

17.3 Stampila

17.4 Data

17.5 Semnătura

INSTRUCTIUNI

Formularul trebuie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini ; nici una dintre acestea nu poate fi surpimată, chiar dacă nu conține nici o mențiune utilă.

NOTE

- (*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială : conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru Austria, Finlanda, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Suedia.
- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează partea A a formularului: B = Belgia ; DK = Danemarca ; D = Germania ; GR = Grecia ; E = Spania ; F = Franța ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Luxemburg ; NL = Țările de Jos ; P = Portugalia ; GB = Regatul Unit ; A = Austria ; FIN = Finlanda ; IS = Islanda ; FL = Liechtenstein ; N = Norvegia ; S = Suedia.
- (2) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară.
- (3) Rubricile 2.1 - 2.5 privind identificarea vor fi completate în caz de nevoie.
- (4) - Numele de familie cuprinde indicarea numelui uzual sau numelui dobândit prin căsătorie. Dacă formularul este completat de o instituție olandeză și dacă asiguratul sau membrul său de familie este o femeie căsătorită sau care a fost căsătorită, indicați, ca și nume de familie, numele soțului actual sau al ultimului soț.
 - Numele de naștere trebuie să fie precizat mereu ; dacă acesta este identic cu numele de familie, treceți eventual mențiunea «*idem*». Dacă formularul este completat de o instituție olandeză și dacă asiguratul sau membrul său de familie este o femeie căsătorită sau care a fost căsătorită, indicați, ca și nume de naștere, numele de fată.
 - Expresiile «*zis*» și «*alias*» și particulele trebuie să apară integral și în ordinea stării civile.
 - Pentru resortisanții spanioli, indicați cele două nume de naștere.
 - Pentru resortisanții portughezi, indicați toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile, așa cum apar pe cartea de identitate sau pe pașaport.
- (5) Indicați toate prenumele în ordinea stării civile.
- (6) De precizat eventual în caz de adopție sau de utilizare de alte nume utilizate în mod curent; expresiile «*zis*» și «*alias*» și particulele trebuie să apară integral și în ordinea stării civile.
- (7) M = masculin ; F = feminin.
- (8) Dacă este nevoie, indicați data naturalizării.
- (9) Pentru resortisanții spanioli, precizați numele care figurează pe cartea de identitate națională (D.N.I.), dacă acesta există, chiar dacă aceasta nu mai este valabilă. În lipsă, indicați «fără obiect».
- (10) Ziuă și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01. 08. 1921).
 Pentru orașele franceze care cuprind mai multe arondismente, indicați numărul arondismentului (spre exemplu : Paris 14). Pentru localitățile portugheze, indicați de asemenea parohia și comuna.
- (12) Informație obligatorie pentru asigurații de naționalitate spaniolă, franceză sau italiană; această rubrică cuprinde, în funcție de țară indicația de apartenență teritorială la locul nașterii (spre exemplu, în ceea ce privește Franța, pentru o comună de naștere, Lille, trebuie indicat departamentul de naștere, Nord, asociat la codul departamentului dacă asiguratul îl cunoaște, fie, eventual, «59». Informația trecută va fi astfel: «Nord 59»). Pentru persoanele născute în Spania, indicați doar provincia.
- (13) Sigla țării de naștere a asiguratului conform codului internațional al automobilelor.
- (14) De completat dacă este nevoie.
- (15) De completat dacă există.

ATESTAT PRIVIND TOTALIZAREA PERIOADELOR DE ASIGURARE, DE MUNCĂ SAU DE REȘEDINȚĂ

Boală – maternitate – deces (alocație) - invaliditate

*Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: articolul 9(2) ; articolul 18(1) ; articolul 38.(1) ; articolul 64
Regulamentul (CEE) nr. 574/7 : articolul 6.(2) ; articolul 16 ; articolul 39.(1) și (2) ; articolul 79*

Instituția competentă completează partea A a formularului și transmite două exemplare instituției ultimului stat la a cărei legislație persoana interesată a fost supusă. Această instituție completează partea B și returnează formularul instituției de la care l-a primit. Dacă formularul este întocmit la cererea persoanei interesate, instituția care trebuie să-l elibereze completează partea A.2 și partea B și înmânează sau transmite formularul persoanei interesate .

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini, nici una nu poate fi suprimată.

Partea A

1.	Instituția destinatară
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresă :
2.	Asigurat
2.1	Nume ⁽²⁾
2.2	Prenume ⁽³⁾ Data nașterii
2.3	Nume anterioare :
2.4	Număr de identificare personal :
2.5	De la data indicată la rubrica 3.1, asiguratul a exercitat o activitate <input type="checkbox"/> salariată <input type="checkbox"/> independentă în ⁽⁴⁾
2.6	<input type="checkbox"/> Numele ultimului angajator <input type="checkbox"/> Ultima activitate independentă Adresă :
2.7	<input type="checkbox"/> Angajatori anteriori <input type="checkbox"/> Activități independente anterioare (nume și adresă)

3. Pentru a rezolva o cerere introdusă de asiguratul desemnat mai sus, vă rugăm să ne transmiteți perioadele de asigurare, de muncă sau de reședință realizate de acesta

3.1 Incepând cu

3.2 Conform legislației țării dumneavoastră, pentru riscul :

boală-maternitate ⁽⁵⁾

deces (alocație)

invaliditate ⁽⁶⁾

4. Instituția competentă

4.1	Denumire :		
4.2	Număr de identificare a instituției :		
4.3	Adresă :		
4.4	Ștampila	4.5	Data
		4.6	Semnătura

Partea B**5.** Persoana indicată la rubrica 25.1 este asigurat pentru riscul de boală-maternitate de la data indicată la rubrica 3.1⁽⁷⁾5.2 a realizat din data de.....**6.** Perioadele de asigurare sau de muncă următoare, pentru următoarele prestații : ⁽⁵⁾

6.1	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.2	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.3	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.4	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.5	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.6	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.7	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.8	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.9	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.10	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

7. Perioadele de reședință următoare :

7.1	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.2	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.3	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.4	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.5	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.6	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.7	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.8	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.9	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.10	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

8. Instituția care completează partea B

8.1	Denumire:		
8.2	Număr de identificare a instituției :		
8.3	Adresă:		
8.4	Ștampilă	8.5	Data :
		8.6	Semnătura

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
 - (2) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
 - (3) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
 - (4) A se indica statul ;
 - (5) Numai dacă instituția destinatară este o instituție din Belgia, Franța, Grecia, Liechtenstein sau Elveția, a se indica riscul acoperit utilizând următoarele coduri : N = prestații în natură, E = prestații în bani.
 - (6) Pentru nevoile instituțiilor din Franța și Letonia
 - (7) A se completa numai dacă instituția competentă este o instituție belgiană.
 - (8) Dacă atestatul este destinat unei instituții din Belgia, Cehia, Grecia, Letonia, Lituania, Polonia sau Liechtenstein a se indica dacă este vorba de perioade de activitate salariată sau independentă, utilizând următorul cod : D = salariată ; I = independentă. Dacă atestatul este destinat unei instituții din Germania, Lituania, Luxemburg sau Polonia, a se indica perioadele de asigurare în secțiunea 7, utilizând următorul cod: P = asigurare obligatorie; F = asigurare voluntară.
 - (9) A se indica riscul acoperit utilizând următorul cod:
A = boală-maternitate ; B = deces (alocație) ; O = invaliditate.
 - (10) Dacă instituția competentă este o instituție din Cipru, Germania, Irlanda, Ungaria, Austria sau din Regatul Unit al Marii Britanii, a se pune o cruciuliță în această casuță, dacă perioada de asigurare sau de reședință corespunde unei perioade de muncă efectivă, și a se preciza natura activității salariate sau independente.
-

ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ ALE ASIGURĂRII DE BOALĂ-MATERNITATE ÎN CAZUL PERSOANELOR CARE ÎȘI AU REȘEDIȚA ÎNTR-UN ALT STAT DECÂT STATUL COMPETENT

Lucrători salariați sau independenți și membrii familiei lor care au reședința împreună cu ei ; membrii ai familiei lucrătorilor în situație de șomaj

*Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 19(1)(a); articolul 19(2); articolul 25(3)(i)
Regulamentul (CEE) Nr.574/72 : articolul 17(1) și (4) și articolul 27 (prima frază)*

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare asiguratului, sau le transmite – eventual prin intermediul organismului de legătură - instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia. Aceasta din urmă, odată intrată în posesia celor două exemplare în cauză, completează partea B a acestora și returnează unul din cele două exemplare instituției competente.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificarea dreptului

1. Instituția de la locul de reședință ⁽²⁾

- 1.1 Denumire :
- 1.2 Număr de identificare a instituției :
- 1.3 Adresă :
- 1.4 Referință : formularul dumneavoastră E 107 din

2 Asigurat

- 2.1 Nume ⁽³⁾ :
- 2.2 Prenume ⁽⁴⁾ : Data nașterii
- 2.3 Nume anterioare :
- 2.4 Adresa în țara de reședință :
- 2.5 Număr de identificare personal :
- 2.6 Persoana asigurată Lucrător salariat
- 2.7 Persoana asigurată Lucrător independent
- 2.8 Persoana asigurată Lucrător frontalier (salarat)
- 2.9 Persoana asigurată Lucrător frontalier (independent)
- 2.10 Persoana asigurată Lucrător în șomaj

3. Membrul familiei ⁽⁵⁾

- 3.1 Nume ⁽³⁾ :
- 3.2 Prenume ⁽⁴⁾ : Data nașterii:
- 3.3 Nume anterioare :
- 3.4 Adresa în țara de reședință :
- 3.5 Număr de identificare personal :

4.1 Lucrătorul menționat mai sus și membrii familiei sale ⁽⁶⁾ care au reședința împreună cu el

4.2 Membrii familiei ⁽⁶⁾ șomerului menționat mai sus

5. au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală-maternitate

începând cu

6. Persoanele interesate păstrează acest drept

6.1 până la anularea prezentului atestat

6.2 timp de un an de la data specificată la rubrica 5 ⁽⁷⁾

6.3 până la data inclusiv ⁽⁸⁾

7. Instituția competentă pentru asigurare de boală-maternitate

7.1 Denumire :

7.2 Număr de identificare a instituției :

7.3 Adresă :

7.4 Ștampila 7.5 Data :

7.6 Semnătura :

B. Notificarea înscrierii⁽⁹⁾

8.

8.1 Lucrătorul indicat la rubrica 2 și membrii familiei sale

8.2 Membrii familiei șomerului indicat la rubrica 3

8.3 au fost înscriși la noi la data de

8.4 nu au putut fi înscriși la noi întrucât

9.

9.1	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Nume anterioare	Data nașterii	Număr de identificare
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Instituția de la locul de reședință

10.1 Denumire:

10.2 Număr de identificare a instituției

10.3 Adresă:

10.4 Ștampila 10.5 Data :

10.6 Semnătura:

Indicații pentru asigurat

- (a) Prezentul formular vă dă dreptul, dumneavoastră și membrilor familiei dumneavoastră, la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate. Dacă sunteți în șomaj, prezentul formular nu vă este destinat, ci se adresează numai membrilor familiei dumneavoastră care rezidă într-un alt stat membru decât cel în care sunteți asigurat.
- (b) Cele două exemplare ale formularului, aflate în posesia dumneavoastră, trebuie să fie înmânate cât mai repede posibil instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul dumneavoastră de reședință. Dacă sunteți în șomaj, formularul trebuie să fie înmânat de membrii familiei dumneavoastră instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul lor de reședință.
- (c) Instituțiile de boală-maternitate în cauză sunt:
- în **Belgia**, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;
 - în **Republica Cehia**, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință ;
 - în **Danemarca**, autoritatea municipală din locul de reședință ;
 - în **Germania**, «Krankenkasse» (casa de boală) ales de persoana interesată;
 - în **Estonia**, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate estoniană) ;
 - în **Grecia**, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA). Acesta îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;
 - în **Spania**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului Național de securitate socială) de la locul de reședință. Dacă aveți nevoie de prestații, vă puteți adresa serviciului medical și spitalicesc din sistemul de sănătate acoperit de asigurările sociale spaniole. A se anexa o fotocopie la formular;
 - în **Franța**, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală);
 - în **Irlanda**, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate
 - în **Italia**, ca regulă generală, Unită sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu ; Pentru marinarii și personalul din aviația civilă, «Ministero della sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerul Sănătății –oficiul de sănătate al marinei sau aviației) ;
 - în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), la cerere, persoana în cauză va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestațiile în natură acordate de Instituțiile medicale ale Guvernului
 - în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)
 - în **Lituania**, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) », instituții de boală și maternitate
 - în **Luxemburg**, « Caisse de maladie des ouvriers» (Casa de boală a muncitorilor);
 - în **Ungaria**, «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (oficiul local de asigurare de sănătate) ;
 - în **Malta**, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta ;
 - în **Țările de Jos**, orice casă de boală competentă pentru locul de reședință;
 - în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință;
 - în Polonia, sucursala regională a «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Casa Națională de sănătate) competentă pentru locul de reședință;
 - în **Portugalia, pentru continent**: «Centro Regional de Segurança Social» (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință ; pentru **Madeira** : «Direcção Regional de Segurança Social» (Direcția regională de securitate socială), la Funchal ; pentru **Azores** : «Centro de Prestações Pecuniárias» (direcția regională de securitate socială);
 - în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZS)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia)
 - în **Slovacia**, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurari de sănătate) la alegerea persoanei asigurate
 - în **Finlanda**, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (Instituția de asigurări sociale) ;
 - în **Suedia**, «Försäkringskassan» (Oficiul asigurărilor sociale) de la locul de reședință;
 - în **Regatul Unit**, Departmentul pentru muncă și pensie, Serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, la Tynewiew Park, la Newcastle-upon-Tyne, sau la Departamentul de dezvoltare socială al Irlandei de Nord, Overseas Benefits Branch», Block 2, Castle Buildings, la Belfast, după caz;
 - în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik ;
 - în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz ;
 - în **Norvegia**, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință.
 - în **Elveția**, «Institution commune LAMal — institutione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.
- (d) Acest formular este valabil de la data indicată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu cruciuliță.
- (e) Trebuie, dumneavoastră sau membrii familiei, să semnați instituției de asigurare căreia formularul a fost predat, orice schimbare care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură ca de exemplu abandonarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere sau al unui membru al familiei.

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia ; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția
 - (2) A se completa numai când formularul este întocmit la cererea instituției de la locul de reședință.
 - (3) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
 - (4) A se indica prenumele în ordinea statului civil
 - (5) A se completa numai dacă formularul privește membrii familiei șomerului ; Menționați un singur membru al familiei căruia îi vor fi acordate informațiile pentru înregistrare să fie înscrși, dat fiind faptul că membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință.
 - (6) Membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință
 - (7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.
 - (8) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție greacă, ungară sau din Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți
 - (9) Dacă acest formular este eliberat pentru reînnoirea unui atestat emis anterior, partea B nu trebuie completată.
-

CERERE DE ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 19(1)(a); articolul 19(2); articolul 22(1)(a)(i), (b)(i) și (c)(i); articolul 22(3); articolul 25(1)(a) și 3(i);
articolul 26(1); articolul 28(1)(a); articolul 29(1)(a); articolul 31(a); articolul 52(a); articolul 55(1)(a)(i), (b)(i) și (c)(i)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72 : articolul 17(1); articolul 20(2) și (3); articolul 21(1); articolul 22 (1) și (3); articolul 2 ; articolul 27 prima frază ;
articolul 28 ; articolul 29(1) și (2); articolul 30(1); articolele 31(1) și (3) ; articolul 60(1); articolele 62(3),(4) și (7); articolele 63(1) și (3)

Instituția de la locul de reședință sau de ședere completează partea A și transmite două exemplare din formular instituției competente, ținând cont de prevederile articolelor regulamentului (CEE) Nr.574/72 citate ca referință. Dacă această instituție estimează că nu poate trimite formularul solicitat, ea completează partea B și returnează unul din cele două exemplare instituției care i le-a transmis. Când statul competent este Belgia, formularul trebuie să fie adresat instituției de asigurare de boală, cu excepția cazului în care este vorba de un accident de muncă constatat sau de o boală al cărei caracter profesional a fost recunoscut.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. A se completa de instituția de la locul de reședință sau de ședere

1.	Instituția destinatară
1.1	Denumire:
1.2	Număr de identificare :
1.3	Adresă:

2.	<input type="checkbox"/> Asiguratul
2.1	Nume ⁽²⁾ :
2.2	Prenume ⁽³⁾ Data nașterii
2.3	Nume anterioare
2.4	Adresa
2.5	Număr de identificare personal ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Solicitant
	de pensie sau rentă de
	<input type="checkbox"/> bătrânețe <input type="checkbox"/> invaliditate <input type="checkbox"/> urmaș
	<input type="checkbox"/> accident de muncă <input type="checkbox"/> boală profesională
2.7	Instituția debitoare a pensiei sau rentei

3	<input type="checkbox"/> Ultimul angajator ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ultima activitate independentă ⁽⁵⁾
3.1	Nume:
3.2	Adresă:
3.3	Ramura de activitate ⁽⁶⁾ :
3.4	Instituția de asigurare pentru accidente de muncă la care angajatorul este asigurat ⁽⁷⁾

4.	Membrii familiei ⁽⁸⁾			
4.1	Nume ⁽²⁾	Prenume ⁽³⁾	Data nașterii	Nr. de identificare personal ⁽⁴⁾

4.2	Adresa în țara de reședință ⁽⁹⁾ :			
			
			

5. Am primit la data de o cerere provenind de la persoana menționată
- la rubrica 2 la rubrica 4
- pentru
- 5.1 acordarea unei prestații în natură
- 5.2 menținerea dreptului la prestațiile în natură
- 5.3 înscrierea la noi ca persoană având dreptul la prestațiile în natură
6. Prestațiile în natură au fost acordate nu au fost acordate
- 6.1 conform articolului 29(2) 60(1) 62(3) din Regulamentul (CEE) Nr. 574/72.
- 6.2 Solicitantul nu a exercitat o activitate până în prezent
- a exercitat următoarea activitate :
7. Vă rugăm să ne transmiteți atestatul privind dreptul la prestații pe
- formularul E
- un certificat provizoriu de înlocuire a Cardului European de Asigurari de Sănătate sau Cardul European de Asigurari de Sănătate (dacă acesta poate fi eliberat sub legislația statului competent)
- Valabil de la la
8. Raport medical atașat în anexă ⁽¹⁰⁾

9.	Instituția de la locul de reședință sau de ședere			
9.1	Denumire:			
9.2	Număr de identificare a instituției.....			
9.3	Adresă:			
			
9.4	Ștampila	9.5	Data	.....
		9.6	Semnătura	.....
			

B. A se completa de către instituția competentă

10.
10.1 <input type="checkbox"/> Vă transmitem alăturat formularul menționat anterior. Vă rugăm să ne trimite un exemplar completat și semnat ⁽¹¹⁾
10.2 <input type="checkbox"/> Nu este posibilă eliberarea atestatului solicitat în partea A, întrucât:

11.	Instituția competentă	
11.1	Denumire:	
11.2	Număr de identificare a instituției	
11.3	Adresa:	
11.4	Ștampila	.....
	11.5	Data
	11.6	Semnătura

NOTE

(1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia ; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.

(2) Menționați numele complet conform statutului civil.

(3) Menționați prenumele conform statutului civil

(4) Pentru resortisanții italieni, indicați «codul fiscal».

Pentru instituțiile malteze, indicați numărul cardului de identitate în cazul resortisanților maltezi sau numărul maltez de securitate socială pentru cei care nu sunt resortisanți maltezi

Pentru instituțiile slovace, indicați număr de naștere dacă este aplicabil

Pentru instituțiile spaniole, menționați numărul indicat pe DNI în cazul resortisanților spanioli, numărul indicat pe NIE în cazul celor care nu sunt resortisanți spanioli. Dacă valabilitatea DNI sau NIE a expirat, completați cu « niciunul »

(5) A se completa numai dacă formularul privește un lucrător salariat sau independent care desfășoară o activitate, ori un lucrător în șomaj.

(6) A se completa numai dacă formularul privește un lucrător salariat despre care se presupune că a fost victima unui accident de muncă.

(7) Pentru Spania : «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului național de securitate socială) sau «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina» (direcția provincială al institutului național de marină) pentru schemele speciale ale marinarilor.

(8) A se completa numai în cazul membrilor familiei pentru care a fost prezentată o cerere de acordare de prestații sau de înscriere. Pentru înscriere, a se indica un singur membru al familiei.

(9) A se completa numai dacă adresa membrilor familiei este diferită de cea a capului familiei.

(10) A se anexa numai dacă este necesar. În acest caz, a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

(11) Pentru instituțiile olandeze și elvețiene, ori dacă natura formularului ce trebuie returnat permite acest lucru.

NOTIFICAREA SUSPENDĂRII SAU SUPRIMĂRII DREPTULUI LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ
ALE ASIGURĂRII DE BOALĂ-MATERNITATE

Persoane care au reședința în alt stat decât statul competent

Regulament (CEE) nr. 1408/71 : articol 19.1.a și 2 ; articol 25.3.i ; articol 26.1 ; articol 28.1.a ; articol 29.1.a
Regulament (CEE) nr. 574/72 : articol 17.2 și 3 ; articol 27 ; articol 28 ; articol 29.5 ; articol 30 ; articol 94.4 ; articol 95.4

Instituția competentă sau instituția de la locul de reședință completează partea A a formularului și transmite două exemplare instituției de la locul de reședință sau instituției competente (eventual prin intermediul organismului de legătură). Instituția destinată completează partea B a formularului și returnează un exemplar instituției care a trimis documentul.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificare

1.	Instituția destinată
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresa:

2.	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salariat)
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent)
	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj	
	<input type="checkbox"/> Titular de pensie sau rentă (regim salariați)	
	<input type="checkbox"/> Titular de pensie sau rentă (regim independenți)	
	<input type="checkbox"/> Solicitant de pensie sau rentă	
2.1	Nume ⁽²⁾
2.2	Prenume ⁽³⁾	Data nașterii

2.3	Nume anterioare :	
	Adresa în țara de reședință	
	
2.4	Număr de identificare personal ⁽⁴⁾

3.	Membru al familiei ⁽⁵⁾	
3.1	Nume ⁽²⁾	
	
3.2	Prenume ⁽²⁾	Data nașterii

3.3	Nume anterioare :	
3.4	Adresa în țara de reședință	
	
3.5	Număr de identificare personal :	.....

4. Dreptul la prestații atestat de formularul nostru dumneavoastră din a fost suspendat sau suprimat din următorul motiv:

4.1 Lucrătorul menționat mai sus a încetat să fie asigurat începând cu data de

4.2 Nici unul din membrii familiei lucrătorului înscrisi nu au avut reședința în statul nostru dumneavoastră începând cu data de

4.3 Pensia sau renta titularului menționat mai sus este suspendată sau suprimată începând cu

4.4 Titularul dreptului la prestații menționat la rubrica 2 sau

Membrul familiei menționat la rubrica 3

nu mai rezidă în statul nostru dumneavoastră începând cu (data)

a decedat la (data)

4.5 Membrul familiei desemnat la rubrica 3 nu mai îndeplinește condițiile cerute de legislația statului de reședință începând cu data de

4.6 ⁽⁶⁾

5. Instituția competentă Instituția de la locul de reședință

5.1 Denumire

5.2 Număr de identificare a instituției :

5.3 Adresă :

5.4 Ștampila 5.5 Data

5.6 Semnătura

B. Confirmare de primire

6. Notificarea conținută în partea A de mai sus a ajuns în posesia noastră la data de

7. Înscirerea persoanei(lor) indicată(e) în partea A s-a încheiat la

Confirmăm încheierea dreptul la prestații, notificată la rubrica 4, care intră în vigoare la

8. Instituția de la locul de reședință Instituția competentă

8.1 Denumire :

8.2 Număr de identificare a instituției.....

8.3 Adresă :

8.4 Ștampilă 8.5 Data :

8.6 Semnătura

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
- (2) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (3) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
- (4) În scopul institutiei competente daca este italiana, indicati codul fiscal
In scopul institutiei competente daca este din Malta, indicati numarul Cardului de identitate in cazul cetatenilor maltezi, sau numarul social de securitate maltez in cazul cetatenilor ce nu sunt din Malta
In scopul institutiei competente daca este din Slovacia, indicati data de nastere in cazul aplicatiei
In scopul institutiei competente daca este spaniola, indicati numarul de pe DNI in cazul cetatenilor spanioli, numarul de pe NIE in caz cetatenilor ce nu sunt spanioliul. Daca perioada de valabilitate a DNI sau NIE a expirat, nu completati.
- (5) A se completa dacă membri ai familiei sunt avuți în vedere de încheierea dreptului la prestații.
- (6) Motivele întreruperii/retragerii trebuie specificate, utilizând literele de mai jos:
- Titularul a început o activitate în statul de reședință.
 - Un membru al familiei a început o activitate în statul de reședință.
 - Contribuțiile nu au fost plătite.
 - Altele.
-

ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA MEMBRILOR FAMILIEI PERSOANEI ASIGURATE ȘI ACTUALIZAREA LISTELOR

Regulamentul Nr. 1408/71 : articol 19(2)
Regulamentul Nr. 574/72 : articol 17(1), (2), (3) și (4); articolul 94(4)

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare din acesta persoanei asigurate, sau le transmite eventual prin intermediul organismului de legătură, instituției de la locul de reședință, dacă formularul a fost întocmit la cererea acesteia. În cazul în care membrii familiei lucrătorului rezidă în Regatul Unit, instituția competentă transmite cele două exemplare la Department for Work, and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, la Tyneview Park, la Newcastle-upon-Tyne. Instituția de la locul de reședință, odată intrată în posesia acestor două exemplare, completează partea B a formularului și returnează un exemplar instituției competente. Dacă membrii familiei au reședința în țări diferite, trebuie întocmit un atestat distinct pentru fiecare din aceste țări.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 5 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificarea dreptului

1.	Instituția de la locul de reședință ⁽²⁾
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresă :
1.4	Referință: formularul dumneavoastră E 107 din

2.	Persoana asigurată
2.1	Nume ⁽³⁾ :
2.2	Prenume ⁽⁴⁾ :
	Data nașterii :
2.3	Nume anterioare :
2.4	Adresa :
2.5	Număr de identificare personal :
2.6	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> este lucrător independent

3.	Membrul familiei
3.1	Nume ⁽³⁾ :
3.2	Prenume ⁽⁴⁾ :
	Data nașterii :
3.3	Nume anterioare :
3.4	Adresa :
3.5	Număr de identificare personal :

4. Membrii familiei lucrătorului desemnat mai sus au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală-maternitate cu condiția
- să nu aibă deja dreptul la acestea conform legislației țării în care își au reședința ⁽⁵⁾
 - să nu exercite o activitate profesională sau comerț ⁽⁵⁾
5. Acest drept este deschis la data de

6. și este menținut

6.1 până la anularea prezentului atestat

6.2 timp de un an de la data menționată la punctul 5 ⁽⁶⁾

6.3 până la data prevăzută pentru sfârșitul muncii sezoniere, adică

6.4 până la data de ⁽⁷⁾ inclusiv.

7. Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a membrului familiei menționat la punctul 3, cu numărul și valabil până la data de

8. Instituția competentă

8.1 Denumire :

8.2 Număr de identificare a instituției :

8.3 Adresă :

.....

8.3 Ștampila 8.4 Data :

8.5 Semnătura :

.....

B. Notificarea înscrierii ⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

Următorii membri ai familiei lucrătorului nu au fost înscriși:

	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Data nașterii	Nr. de identificare personal
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.10

deoarece

Aceștia nu au dreptul la prestații

Aceștia au deja dreptul la prestațiile în natură

Alte motive

10. ⁽⁹⁾

Următorii membri ai familiei lucrătorului menționat la rubrica 2 au fost înscriși:

	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Data nașterii	Număr de identificare personal
10.1
10.2
10.3
10.4

10.5	.....
10.6	.....
10.7	.....
10.8	.....
10.9	.....
10.10	Costul acestor prestații este în responsabilitatea dumneavoastră. Data ce trebuie luată în considerare pentru calculul sumei forfetare prevăzute la articolul 94 din regulamentul nr. 574/72 este

11 Cardul European de Asigurare de Sănătate

- 11.1 Vă rugăm atașați Cardul European de Asigurare de Sănătate cu numărul :..... cerut la rubrica 7
- 11.2 Vă rugăm să indicați măsurile de aplicare privitoare la Cardul European de Asigurare de Sănătate eliberat membrului familiei menționat la rubrica 3, cu numărul :.....și valabilitatea până la data de

12. Instituția de la locul de reședință

12.1	Denumire :	
12.2	Număr de identificare a instituției :	
12.3	Adresă:	
12.4	Ștampila	12.5 Data
		12.6 Semnătura

Indicații pentru persoana asigurată

- a) Prezentul formular permite membrilor familiei dumneavoastră să beneficieze de prestațiile în natură în caz de boală sau maternitate în țara în care rezidă și potrivit legislației acestei țări, cu condiția să nu aibă deja dreptul la acestea conform aceleiași legislații.
- b) Din momentul în care cele două exemplare a prezentului formular vor fi în posesia dumneavoastră, va trebui să le trimiteți membrilor familiei dumneavoastră care vor trebui să le prezinte urgent instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul lor de reședință, adică:

în **Belgia**, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;

în **Republica Cehia**, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință ;

în **Danemarca**, autoritatea municipală din locul de reședință;

în **Germania**, «Krankenkasse» (casa de boală) ales de persoana interesată;

în **Estonia**, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate estoniană) ;

în **Grecia**, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA). Acesta îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;

în **Spania**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului Național de securitate socială)

în **Franța**, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală);

în **Irlanda**, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate

în **Italia**, ca regulă generală, Unită sanitară locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu

în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fara de care nu poate beneficia de prestatii in natura in cadrul institutiilor Medicale Guvernamentale

în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în **Lituania**, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) », instituții de boală și maternitate

în **Luxemburg**, « Caisse de maladie des ouvriers» (Casa de boală a muncitorilor);

în **Ungaria**, «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (oficiul local de asigurare de sănătate) ;

în **Malta**, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta ;

în **Țările de Jos**, o casă de boală competentă pentru locul de reședință ;

în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință

în **Portugalia, pentru continent**: «Centro Regional de Segurança Social» (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință ; pentru **Madeira** : «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială), la Funchal ; pentru **Açores** : «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centrul pentru drepturi banesti);

în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia)

în **Slovacia**, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurari de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

în **Finlanda**, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (Instituția de asigurări sociale) ;

în **Suedia**, «Försäkringskassan» (Oficiul asigurărilor sociale) de la locul de reședință

în **Regatul Unit**, «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerul securității sociale, biroul de prestații, serviciu internațional), la Newcastle-upon-Tyne, sau la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (agenția securității sociale în Irlanda de Nord, serviciu internațional), la Belfast, după caz;

în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik

în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz

în **Norvegia**, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință

în **Elveția**, «Institution commune LAMal — istituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

- c) Acest formular este valabil de la data menționată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu o cruciuliță.
- d) Trebuie, dumneavoastră și membrii familiei dumneavoastră, să semnați instituției de la locul de reședință orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură (renunțarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere, ori al celui al unui membru al familiei dumneavoastră, etc).

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
- (2) A se completa numai când formularul este întocmit la cererea instituției de la locul de reședință.
- (3) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (4) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
- (5) A se pune o cruciuliță în căsuța precedentă, dacă formularul este destinat unei instituții, irlandeze sau din Regatul Unit.
- (6) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.
- (7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție din Grecia, Ungaria, sau Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți.
- (8) Dacă prezentul atestat este eliberat pentru a reînnoi atestatul anterior emis și a cărui valabilitate a expirat, instituția de la locul de reședință nu trebuie să completeze partea B.
- (9) A se completa rubrica 9 sau 10, după caz, și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

ATESTAT PRIVIND MENȚINEREA DREPTULUI LA PRESTAȚIILE ÎN CURS PENTRU ASIGURAREA DE BOALĂ-MATERNITATE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 22(1)(b)(i); articol 22(1)(c)(i); articol 22(3); articol 31
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72 : articolul 22(1); articolul 23 și articolul 31(1) și (3)

Instituția competentă sau instituția de la locul de reședință a persoanei asigurate, titularului de pensie sau membrului de familie înmânează formularul asiguratului, titularului de pensie sau membrului de familie. Dacă asiguratul sau titularul de pensie se deplasează în Regatul Unit, un exemplar din formular trebuie să fie de asemenea transmis la Department for Work and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

1.	<input type="checkbox"/> Persoană asigurată	<input type="checkbox"/> Membru al familiei persoanei asigurate
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Membru al familiei lucrătorului independent
	<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim salariați)	<input type="checkbox"/> Membru al familiei titularului de pensie (regim salariați)
	<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim independenți)	<input type="checkbox"/> Membru al familiei titularului de pensie (regim independenți)

1.1	Nume ⁽²⁾ :	
1.2	Prenume ⁽³⁾	Data nașterii
1.3	Nume anterioare :	
1.4	Adresa în statul competent :	
1.5	Adresa în țara în care persoana în cauză se deplasează	
1.6	Număr de identificare personal ⁽⁴⁾ :	

2. Persoana desemnată mai sus este autorizată să păstreze dreptul la prestații în natură

ale asigurării de boală-maternitate ale asigurării pentru accidente petrecute în viața privată ⁽⁵⁾

în (țara), în care el/ea se deplasează

2.1 pentru a-și stabili acolo reședința

2.2 pentru a primi acolo tratament de la ⁽⁶⁾

sau de la orice alt așezământ similar în cazul unui transfer care este necesar din punct de vedere medical cu privire la acest tratament

2.3 pentru a trimite acolo probe biologice în vederea efectuării de analize, fără ca persoana în cauză să fie prezentă acolo.

3. Respectivul prestații pot fi acordate, pe baza acestui atestat, de la la inclusiv.

4.	Raportul medicului nostru controlor	
4.1	<input type="checkbox"/> este anexat la prezentul atestat, în plic închis	
4.2	<input type="checkbox"/> a fost trimis la data de la ⁽⁷⁾	
4.3	<input type="checkbox"/> va fi trimis la cerere	
4.4	<input type="checkbox"/> nu a fost întocmit	

5.	Instituția competentă	
5.1	Denumire :	
5.2	Număr de identificare personal :	
5.3	Adresă :	
5.4	Stampila	5.5 Data :
		5.6 Semnătura:

Indicații pentru persoana în cauză

Trebuie să prezentați cât mai repede acest formular instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul unde vă deplasați, adică :

- în **Belgia**, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă ;
 în **Republica Cehia**, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate aleasă
 în **Danemarca** tratament acordat, de regula de medic generalist, care va trimite persoana la un specialist
 în **Germania**, «Krankenkasse» (casa locală de asigurare de boală) la alegere ;
 în **Grecia**, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA) care îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;
 în **Spania**, serviciile medicale și spitalicești ale sistemului de sănătate acoperit de asigurările sociale spaniole. A se anexa o fotocopie la formular ;
 în **Franța**, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală) ;
 în **Irlanda**, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate;
 în **Italia**, de obicei, «Unità sanitaria locale» (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu ;
 în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia),
 în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)
 în **Lituania**, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) », instituții de boală și maternitate
 în **Luxemburg**, « Caisse de maladie des ouvriers» Casa de asigurare de boală a muncitorilor) ;
 în Ungaria,
 în **Malta**, organizație a Serviciul National de Sanatate (doctor, dentist, spital, centru medical) furnizoare de tratament
 în **Țările de Jos**, orice casă de asigurare de boală competentă pentru locul de reședință sau, în caz de ședere temporară, «Agis zorgverzekeringen», la Utrecht ;
 în **Portugalia, pentru continent** : «Administração Regional de Saúde» (administrația regională de sănătate) de la locul de reședință sau de ședere; **Madeira** : «Direcção Regional de Saúde Pública» (direcția regională de sănătate publică), la Funchal ; **pentru Azores** : Direcção Regional de Saúde» (direcția regională de sănătate) la locul de sedere;
 în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZSZ)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia)
 în **Slovacia**, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurari de sănătate) la alegerea persoanei asigurate. Pentru drepturi banesti, «Sociálna poisťovňa»
 în **Finlanda**, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (instituția de asigurări sociale). Formularul trebuie să fie transmis centrului de sănătate municipal sau așezământului spitalicesc public care efectuează tratamentul;
 în **Suedia**, «försäkringskassan» (oficiul asigurărilor sociale). Formularul trebuie să fie prezentat instituției care efectuează tratamentul.
 în **Suedia**, «försäkringskassan» (oficiul asigurărilor sociale). Formularul trebuie să fie prezentat instituției care efectuează tratamentul.
 în **Regatul Unit**, serviciul medical (medic, dentist, spital, etc.) căruia îi este solicitat tratamentul;
 în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul reședință sau de ședere ;
 în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul național al securității sociale), la Reykjavik ;
 în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz ;
 în **Norvegia**, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) ;
 în **Elveția**, «Institution commune LAMal — istituzioniune commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn. Formularul trebuie prezentat doctorului sau spitalului ce acorda tratamentul.

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
- (2) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (3) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
- (3) A se indica numai atunci când formularul îl privește pe lucrătorul sau pensionarul însuși.
- (4) A se indica numărul persoanei asigurate dac membrul familiei nu are numar personal de identificare.
- (5) A se completa de instituțiile franceze de lucrători agricoli independenți.
- (6) A se preciza dacă este posibil.
- (7) Denumirea și adresa instituției căreia îi este adresat raportul medical.

CERERE DE PRESTAȚII ÎN BANI PENTRU INCAPACITATE DE MUNCĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 19(1)(b); articolul 22(1) (a) (ii); ; articolul 25(1)(b);; articolul 52(b) și articoul 55(1) (a) (ii)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72 : articolul 18(2) și (3); articolul 24; articolul 26(5) și (7); articolul 61(2) și (3) și articolul 64

Dacă formularul este întocmit pentru un asigurat ce desfășoară o activitate, se completează un singur exemplar și se trimite instituției competente de asigurare de boală-maternitate sau de asigurare împotriva accidentelor de muncă și bolilor profesionale. Totuși, dacă formularul are în vedere un șomer, trebuie întocmite două exemplare suplimentare, dintre care unul va fi adresat instituției competente în materie de asigurări de șomaj, iar celălalt instituției corespunzătoare din țara în care șomerul s-a deplasat pentru a căuta de lucru.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini

1.	Instituția competentă
1.1	Denumire :
1.2	Adresă :

1.3	Număr de identificare a instituției :

2.	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat	<input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj
2.1	Nume ⁽²⁾	Nume de naștere (dacă este diferit) :	
2.2	Prenume	Data nașterii	
	Număr de identificare personal :		
2.6	Deținător al formularului E 119 eliberat la data de ⁽³⁾		
	și al formularului E 303 eliberat la data de ⁽³⁾		

3.	Angajator ⁽⁴⁾
3.1	Numele angajatorului sau al societății :
3.2	Adresa:

A. ⁽⁵⁾ Cerere de prestații

4.	Persoana desemnată la rubrica 2 a solicitat la .....( data) prestații în bani pentru		
	<input type="checkbox"/> spitalizare de la la .....(datele) într-un spital sau într-un centru de prevenire sau reabilitare		
	<input type="checkbox"/> incapacitate de muncă din cauza		
4.1	<input type="checkbox"/> unei boli	<input type="checkbox"/> maternității (data presupusă a nașterii:	
	<input type="checkbox"/> unui accident de muncă	<input type="checkbox"/> unui accident produs la (data)	
	<input type="checkbox"/> unei boli profesionale	<input type="checkbox"/> unei adopții	<input type="checkbox"/> reducerii indemnizației în caz de maternitate și adopție

5. Certificatul medicului curant
 este anexat nu a putut fi furnizat

6. După părerea medicului nostru examinator al cărui raport se găsește în anexă
 al cărui raport va fi trimis în cel mai scurt timp
- 6.1 incapacitatea de muncă a început la data de
și se va prelungi probabil până la data de
- 6.2 nu este vorba de incapacitate de muncă ⁽⁷⁾

7. Persoana în cauză nu s-a conformat prevederilor legislației noastre din următoarele motive :
-
-

8. Se presupune că incapacitatea de muncă a fost cauzată de un accident care angajează responsabilitatea unei terțe părți.

- 8.1 Incapacitatea de muncă se datorează altor circumstanțe specificate în documentația din anexă.

- 8.2 Anexat se găsește un raport cu privire la acest accident cu adresa terței părți a cărei responsabilitate este angajată.

- 8.3 Alte documente cu privire la cauza incapacității de muncă sunt anexate la acest formular

9. Suntem dispuși să acordăm prestațiile în bani persoanei interesate, în numele dumneavoastră. Va rugăm să ne comunicați dacă sunteți de acord cu această procedură și, în cazul unui răspuns afirmativ, să ne furnizați toate indicațiile utile în vederea plății prestațiilor ⁽⁸⁾.

10. Nu suntem dispuși să acordăm persoanei în cauză prestațiile în bani, în numele dumneavoastră.

B. ⁽⁵⁾ Prolungirea incapacității de muncă

11. Cu referire la
- 11.1 formularul nostru E 115 din (data)
- 11.2 formularul dumneavoastră E 117 din (data)
- 11.3 Vă informăm că, în opinia medicului nostru examinator
 al cărui raport este anexat
 al cărui raport va fi trimis în cel mai scurt timp
- Persoana indicată la rubrica 2 va fi probabil incapabilă să lucreze până la data deinclusiv.

12. Instituția de la locul de reședință sau de ședere

- 12.1 Denumire :
- 12.2 Număr de identificare a instituției :
- 12.2 Adresă:
-
- 12.3 Ștampila 12.4 Data :
- 12.5 Semnătura
-

Indicații pentru asigurat

În Italia trebuie să înmânați acest formular, în caz de boală sau maternitate biroului local al " Instituto nazionale della providenza sociale" (INPS, National Social Welfare Institute), iar în cazul accidentelor de muncă și bolilor profesionale către " Instituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL).

Pentru Țările de Jos, dacă instituția de asigurare de boală competentă nu este cunoscută, trimiteți formularul către UWV, Postbus 57 002, 1040 CC Amsterdam.

În Slovenia dumneavoastră trebuie să înmânați acest formular, în cazul prestațiilor în bani pentru maternitate către " Centre for Social Work Ljubljana Bežigrad, Central Unit for Parental Protection and Family Benefits" și în cazul incapacității de muncă unității regionale competente a "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia).

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
 - (2) A se indica numele în ordinea statutului civil;
 - (3) A se completa numai atunci când formularul are în vedere un șomer.
 - (4) Pentru șomeri, a se indica ultimul angajator.
 - (5) Completați ori partea A ori partea B și puneți o cruciuliță în căsuța corespunzătoare părții completate
 - (6) În ceea ce privește persoanele asigurate la un fond de asigurare de sănătate german sau la o instituție austriacă sau belgiană: dacă instituția de asigurare socială de la locul de reședință nu se cunoaște cu exactitate data ieșirii din spital în momentul completării formularului, această informație se va completa cât mai curând posibil.
 - (7) Va rugăm atasati o copie a formularului E 118 trimisă persoanei în cauză.
 - (8) Dacă formularul este adresat unei instituții germane, italiene, ungare sau poloneze, această căsuță nu trebuie marcată.
-

**RAPORT MEDICAL PRIVIND INCAPACITATEA DE MUNCĂ
(Boală, maternitate, accident de muncă, boală profesională)**

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: articolul 19(1)(b); articolul 22(1)(a)(ii); (1)(b)(ii), (1)(c)(ii); articolul 25(1)(b); articolul 52(b); articolul 55(1)(a)(ii);
(1)(b)(ii) și (1)(c)(ii)

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: articolul 18(2) și (3); articolul 24; articolul 26(5) și (7); articolul 61(2) și (3); articolul 64; articolul 65(2) și (4)

Va fi completat de către doctorul instituției care întocmește formularul E 116 pentru a fi anexat acestuia și trimis în plic sigilat în caz de boală sau maternitate⁽²⁾.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini.

1.	Instituția competentă destinată
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresă :
1.4	Referință: formularul nostru E 116 din (data)

2. Anexat unui formular E 115 din (data)

3.	Persoana în cauză
3.1	Nume ⁽³⁾ :
3.2	Nume de naștere (dacă este diferit) :
3.3	Prenume: Data nașterii:
3.4	Adresa din țara de reședință sau de ședere:
3.5	Număr de identificare personal :

4. Eu, subsemnatul,
fiind examinat de către persoana menționată
la data de

4.1 consider că este
 caz de boală caz de maternitate (data estimată a nașterii :

4.2 probabil este
 accident de muncă boală profesională accident

4.3 recidivă sau agravare

A. Raport general

5. De completat în fiecare caz:

5.1 Istoric medical și simptome prezente:

.....

5.2 Examinare clinică :

.....

5.3 Alte observații:

.....

5.4 Examinări speciale ⁽⁴⁾

.....

5.5 Diagnostic :

.....

5.6 Concluzii :

.....

5.7 Persoana în cauză a fost declarată ca fiind aptă de muncă

5.8 Persoana în cauză nu a fost declarată aptă de muncă

de la data de până la

5.9 Persoana în cauză a fost declarată parțial aptă de muncă, în proporție de

(.....%) de la data de până la data de ⁽⁵⁾

5.10 Persoanei în cauză i se va prescrie o examinare medicală suplimentară la

5.11 Persoana în cauză va fi aptă de muncă începând cu data de

B. Raportări în caz de accident de muncă

6. Primul raport medical

6.1 Accidentul a rezultat în urma leziunilor ⁽⁶⁾ :

.....

6.2 Aceste leziuni au avut vor avea următoarele efecte ⁽⁷⁾

.....

6.3 Incapacitatea de muncă a survenit la data de :

6.4 Persoana rănită este tratată

la domiciliu la clinica medicului

în spital alt loc

Adresă ⁽⁸⁾ :

.....

7.	Ultimul raport medical :
7.1	Tratamentul s-a încheiat la data de:
7.2	Starea medicală s-a stabilizat la data de:
7.3	<input type="checkbox"/> cu recuperare completă
7.4	<input type="checkbox"/> și probabil vor avea următoarele consecințe:
7.5	Descriere detaliată despre starea victimei după recuperare sau la sfârșitul tratamentului medical :

8.	Instituția de la locul de reședință sau ședere:		
8.1	Denumire:		
8.2	Numărul instituției competente.....		
8.3	Adresă:		
8.4	Ștampilă	8.5	Data :
		8.6	Semnătura :

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția. Indicați tipul examinării și data.
- (2) Formularul E116 nu este destinat solicitărilor pentru drepturi de maternitate achitate de Belgia. În cazul Belgiei acest formular trebuie întotdeauna trimis prima dată instituției competente belgiene de asigurări de boală. Pentru Republica Cehia, Liechtenstein, Finlanda, Norvegia și Suedia formularul este completat de către medicul pe care persoana interesată îl vizitează și verificat de către instituția de asigurare.
- (3) A se indica numele în ordinea statutului civil;
- (4) A se indica tipul și data examinării;
- (5) Pentru scopul instituțiilor norvegiene;
- (6) A se indica tipul și natura leziunilor și partea corpului lezată: fractură de braț, contuzii la cap, degete, leziuni interne, asfixiere etc.
- (7) A se indica consecințele certe sau probabile ale leziunilor verificate: moarte, incapacitate temporară sau permanentă, totală sau parțială în cazul incapacității temporare, să se indice perioada de timp probabilă;
- (8) Dacă persoana rănită primește tratament în spital, vă rugăm să specificați numele spitalului;

ACORDAREA DE PRESTAȚII ÎN BANI ÎN CAZ DE MATERNITATE ȘI DE INCAPACITATE DE MUNCĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 19(1)(b); articolul 22(1)(a)(ii); articolul 25(1)(b); articolul 52(b) și articolul 55(1)(a)(ii)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72 : articolul 18(6) și (8); articolul 24; articol 26(7); articolul 61(6) și (8) și articolul 64

Instituția competentă completează prezentul formular și îl adresează instituției de la locul de reședință sau de ședere. Instituția competentă trebuie de asemenea să informeze lucrătorul în cazul în care prestațiile în bani sunt plătite de instituția de la locul de reședință.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. Formularul se compune din 2 pagini.

1.	Instituția de la locul de reședință sau de ședere
1.1	Denumire:
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresa:

2. Referință : formularul dumneavoastră E 115 din.....(data)

3.	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat	<input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj
3.1	Nume ⁽²⁾ :	Nume de naștere(dacă este diferit):	
3.2	Prenume	Data nașterii	
3.3	Adresa în țara de reședință sau de ședere:		
3.4	Număr de identificare personal :		

4. Persoana la care se face referință în rubrica 3

4.1 are dreptul provizoriu la prestații în bani

de la data de la data de cu posibilitatea prelungirii

4.2 nu are dreptul la prestații în bani

Motiv : a se vedea formularul E 118 alăturat.

4.3 nu mai are dreptul la prestații în bani începând cu(data)

Motivul : a se vedea formularul E 118 alăturat.

5. Aceste prestații vor fi acordate ⁽³⁾

5.1 prin grija noastră

5.2 prin grija dumneavoastră, în numele nostru ^(4r)

5.3 de către angajator ⁽⁵⁾

De la data până la data ⁽⁶⁾

6.	⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾
6.1	Indemnizația trebuie să fie acordată pentru toate zilele săptămânii, cu excepția zilei de <input type="checkbox"/> luni <input type="checkbox"/> marți <input type="checkbox"/> miercuri <input type="checkbox"/> joi <input type="checkbox"/> vineri <input type="checkbox"/> sâmbătă <input type="checkbox"/> duminică
6.2	Quantumul zilnic net al acestei indemnizații este de ⁽⁹⁾ dacă asiguratul nu este spitalizat ⁽⁹⁾ în caz de spitalizare
6.4	<input type="checkbox"/> Atunci când indemnizațiile sunt acordate pentru o lună întreagă, ele sunt acordate pentru 30 de zile, fie că luna are mai mult de 30 de zile, fie mai puțin.

7. Vă rugăm să ne comunicați de îndată ce este posibil rezultatul

- 7.1 examinării ⁽¹⁰⁾:
- 7.2 controlului administrativ :
- 7.3 unui nou control medical, ce trebuie efectuat în jurul datei de

8. Instituția competentă

8.1	Denumire:		
8.2	Număr de identificare a instituției:		
8.3	Adresă :		
8.4	Stampila	8.5	Data :
		8.6	Semnătura :

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) A se indica numele în ordinea statutului civil;
- (3) Nu se completează de către șomerii pentru care a fost emis un formular E 119.
- (4) Instituția competentă poate indica aici modul de plată.
- (5) Atunci când acest formular este adresat unei instituții franceze, italiene sau ungare această căsuță nu trebuie marcată.
- (6) A se completa de către instituțiile daneze, germane, luxemburghize, poloneze, ungare sau slovace.
- (7) A se completa de către instituțiile germane, luxemburghize, poloneze, slovace și spaniole.
- (8) A se completa numai în cazul indicat la rubrica 5.2.
- (9) A se indica cuantumul în moneda statului national.
- (10) A se indica tipul de examen medical solicitat (radiografie, analiză de etc.).

NOTIFICAREA NERECUNOAȘTERII SAU A ÎNCHEIERII INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 19(1)(b); articolul 22(1)(a)(ii), (b)(ii), c(i); articolul 25(1)(b); articolul 52(b);
articolul 55(1)(a)(ii), (b)(ii) și (c)(ii)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 18(4) și (6); articolul 24; articolul 26(5) și (7); articolul 61(4) și (6); articol 64

Dacă formularul privește o persoană asigurată în activitate, instituția de la locul de reședință sau de ședere (sau instituția competentă) întocmește formularul în două exemplare, dintre care unul va fi trimis persoanei asigurate însăși, celălalt instituției de asigurări de boală și maternitate sau de asigurări împotriva accidentelor de muncă sau bolilor profesionale din statul competent (de la locul de reședință sau de ședere). Dacă formularul are în vedere un șomer, în afara celor două exemplare precedente (dintre care unul destinat șomerului însuși), două exemplare suplimentare vor fi întocmite, dintre care unul va fi adrsat instituției competente de asigurări de șomaj, iar celălalt instituției din țara în care șomerul s-a deplasat pentru a căuta de lucru.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 2 pagini și o Anexă de 3 pagini

1.	Beneficiar	
1.1	Nume	Nume de naștere (dacă este diferit):
1.2	Prenume	Data nașterii
1.3	Adresa în țara de reședință sau de ședere:	
1.4	Număr de identificare personal :	

2.	<input type="checkbox"/> Instituția competentă	<input type="checkbox"/> Instituția de la locul de reședință sau de ședere
2.1	Denumire:	
2.2	Număr de identificare a instituției :	
2.3	Adresa:	

3. Din faptele care ne-au fost aduse la cunoștință
- Din controlul efectuat de medicul nostru la data de (data)
- Rezultă că
- 3.1 incapacitatea dumneavoastră de muncă este numai parțială
- 3.2 aveți dreptul la o indemnizație parțială în valoare de (2)
- începând cu (data)
- 3.3 nu vă aflați în incapacitate de muncă
- 3.4 incapacitatea dumneavoastră de muncă s-a încheiat la data de (3)
- 3.5 Ultima zi pentru care veți primi prestații în bani este data de
- 3.6 Instituția competentă va decide care este ultima zi pentru care veți primi prestații în bani.
- 3.7 Nu aveți dreptul la prestații întrucât

4.	<input type="checkbox"/> Instituția de la locul de reședință sau de ședere	<input type="checkbox"/> Instituția competentă
4.1	Denumire:	
4.2	Număr de identificare a instituției :	
4.3	Adresa :	
4.4	Stampila	4.5 Data:
		4.6 Semnătura:

Informații pentru lucrătorul salariat, lucrătorul independent sau șomer

Dacă nu sunteți de acord cu decizia care vă este comunicată prin prezentul document, este posibil să introduceți un recurs. Pentru detalii privind căile și termenele de recurs, va rugăm să consultați Anexa. Pentru căile și termenele limită trebuie să urmați instrucțiunile indicate pentru Statutul competent.

NOTE

- (1) Sigla țării a căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
 - (2) A nu se completa decât atunci când instituția competentă întocmește formularul. A se indica dacă este vorba de un quantum zilnic, săptămânal, lunar;
 - (3) A se indica ultima zi de incapacitate de muncă.
-

CĂI ȘI TERMENE DE RECURS

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 18(4); articolul 61(4)

1. Belgia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs prin cerere scrisă, datată și semnată, depusă sau adresată în plic recomandat, la tribunalul competent de muncă în termen de trei luni de zile de la data primirii deciziei de notificare.

Prin tribunal competent de muncă, trebuie să se înțeleagă:

- dacă sunteți domiciliat în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția în care aveți domiciliul;
- dacă nu aveți sau nu mai aveți domiciliul în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția unde ați avut ultimul domiciliu sau ultima reședință în Belgia;
- dacă nu ați avut domiciliul sau reședința în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția ultimei dumneavoastră ocupații în Belgia.

2. Cehia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs la institutia competenta din Cehia mentionata la rubrica 2 sau 4 a formularului in termen de trei zile de la data trimiterii notificarii. Metoda si data limita pentru apel sunt specificate in decizie.

3. Danemarca

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți pentru aceasta de un termen de patru săptămâni de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă «Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget» (comisia de recurs în materie socială, comitetul de alocații zilnice), Amaliegade 25, B.P. 3061, 1021 Copenhagen K.

4. Germania

Acest act administrativ oficial devine executoriu dacă nu introduceți nici un recurs în termen de trei luni de la notificare. Recursurile trebuie să fie introduse prin cerere scrisă în termen de trei luni pe lângă instituția germană următoare:

Denumire:

Adresă :

.....

5. Estonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă « Eesti Haigekassa », Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Grecia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă:

Denumire:

Adresă :

.....

7. Spania

Puteți introduce un recurs împotriva deciziei alăturate, în 30 de zile lucrătoare de la data notificării acesteia, la instituția următoare:

Denumire :

Adresă :

.....

8. Franța

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți de un termen de două luni de la data primirii notificării acesteia, pentru a introduce un recurs pe lângă medicul șef de la casa de asigurări de boală desemnată mai jos:

Denumire :

Adresă :

.....

9. IRLANDA

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă «Social Welfare Appeals Office» (E comitetul de recurs în materie socială), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Acest recurs trebuie să fie introdus în termen de 21 de zile de la data de primire a deciziei.

10. Italia**Decizii ale INPS (boală și maternitate)**

Asiguratul care dorește să conteste o decizie a INPS poate, în termen de 90 de zile de la data de primire a notificării acesteia, să introducă un recurs administrativ pe lângă comisia provincială competentă.

În plus, persoana interesată dispune de un termen de un an de la data la care decizia respectivei comisii i-a fost notificată sau de 90 de zile de la data la care a introdus recursul, dacă respectiva comisie nu a luat nici o decizie, pentru a cita INPS în fața instanțelor judiciare.

Decizii ale INAIL (accidente de muncă și boli profesionale)

Asiguratul care dorește să conteste o decizie a INAIL poate, în termen de 60 de zile de la data de primire a notificării care i-a fost adresată, să comunice INAIL, printr-o scrisoare recomandată cu confirmare de primire, sau prin scrisoare expediată cu recipsă, motivele pentru care estimează că decizia nu este justificată ; dacă este vorba de o incapacitate permanentă, el va trebui să precizeze rata de indemnizare la care estimează că are dreptul ; în orice caz, va anexa la recursul său un certificat medical care să indice elementele ce vin în sprijinul cererii sale.

Dacă nu primește răspuns în termen de 60 de zile de la data confirmării de primire sau primirii recipsei prevăzute la alineatul precedent, sau dacă estimează că acest răspuns nu este satisfăcător, va putea cita INAIL în fața instanțelor judiciare.

Oponerea sa poate fi prezentată INAIL fie direct, fie prin intermediul instituției de la locul de reședință sau de ședere.

11. Cipru

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 15 zile pe lângă Ministerul Muncii și Asigurării Sociale. Dacă nu sunteți mulțumiți de decizia ministerului puteți introduce un recurs la Curtea Supremă în termen de 75 de zile de la data deciziei comunicate de către minister.

12. Letonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de o lună de zile de la data când ați primit notificarea deciziei, către :

Denumire :

Adresă :

.....

13. Lituania

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de o lună de zile de la data la care ați primit notificarea pe lângă Comisia Administrativă de Contestații.

14. Luxemburg

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs, în principiu pe lângă "Consiliul arbitral al asigurărilor sociale", în termen de 40 de zile de la data primirii notificării acestei decizii.

15. Ungaria

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă instituțiile competente ungare (specificate la rubrica 2 sau 4 din formularul E 118). Decizia instituției competente este aplicabilă în termen de 15 zile de la data primirii notificării acesteia.

16. Malta

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Departamentul Social de Securitate din Valletta în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia.

17. Țările de jos

Dacă nu sunteți de acord cu comunicarea alăturată, este posibil să solicitați o decizie de apel pe lângă instituția olandeză competentă (desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 din formularul E 118, într-un termen rezonabil de scurt. Metoda de recurs și termenul limita de apel vor fi specificate în decizie.

18. Austria

Dacă nu sunteți de acord cu informațiile alăturate (formularul E 118), puteți să introduceți o cerere de decizie pe lângă instituția competentă austriacă desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 din formularul menționat mai sus, pe lângă care puteți solicita căi de recurs admisibile.

19. Polonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Zakład Ubezpieczeń Społecznych — ZUS (Instituție de Asigurare Socială) cu autoritate teritorială la locul de ședere al angajatului, și în cazul fermierilor pe lângă Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS (Fond de Asigurare socială de Agricultură) din cadrul filialei regionale. În această filială vă va fi indicată decizia pentru prestațiile eligibile și veți fi informați despre posibilele măsuri de apel împotriva deciziei.

20. Portugalia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți :

- dacă incapacitatea de muncă nu este recunoscută, să introduceți un recurs pe lângă «Comissão Instaladora da Administração Regional da Saúde» (comisia administrativă regională a sănătății) în termen de 8 zile de la data de primire a notificării deciziei,

sau

- dacă o cerere de prestații în natură a fost respinsă din motive administrative, să introduceți un recurs pe lângă tribunalul administrativ competent la nivel local (Tribunal Administrativo de Circulo) în termen de două luni de la data primirii notificării deciziei.

21. Slovenia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Curtea socială și de muncă din Ljubljana, Komenskeba 7, în termen de 30 de zile de la data primirii deciziei.

22. Slovacia

Dacă nu sunteți de acord cu informațiile specificate și dacă nici o decizie nu a fost emisă, puteți solicita filialei competente din cadrul Agenției de asigurare socială să elibereze o astfel de decizie. Puteți face un apel către din cadrul Agenției de Asigurare Socială în termen de 15 zile de la primirea deciziei eliberate de filiala locală. Decizia Agenției de asigurare socială (HQ) în legatură cu prestațiile este finală; totuși în termen de două luni de la primirea acesteia puteți face un apel împotriva ei pe lângă curtea regională competentă.

În cazul chestiunilor ce nu țin de prestații, puteți solicita măsuri de corecție a deciziei Agenției HQ de asigurare socială în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia pe lângă curtea regională competentă. Adresa Agenției HQ de asigurare socială este : Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29 augusta č. 8-10,813 63 Bratislava 1.

23. Finlanda

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți de un termen de 30 de zile de la data de primire a notificării acesteia, pentru a introduce un recurs pe lângă instituția de asigurare finlandeză desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 a formularului E 118 sau pe lângă instituția de asigurare cea mai apropiată de locul dumneavoastră de reședință, desemnată de asemenea la una din rubricile de mai sus.

24. Suedia

Puteți, pe o perioadă de două luni de zile de la data luării la cunoștință a deciziei, să faceți apel pe lângă instituția sueeză indicată în rubrica 2 sau 4 din formularul E118. În recursul dumneavoastră trebuie să precizați de ce considerați nejustificată decizia.

25. Regatul Unit al Marii Britanii

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 28 de zile de la data primirii deciziei pe lângă Serviciul de pensie, Centrul internațional de pensie, Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, sau Agenția națională de securitate din Irlanda de Nord, Overseas Branch, Belfast, cea mai adecvată.

26. Islanda

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Departamentul social de securitate de stat din Reykjavik.

27. Liechtenstein

- (a) În cazul asigurărilor de boală: dacă nu sunteți de acord cu decizia unei case de asigurare de boală, puteți solicita ce trebuie să conțină motivele și informațiile avizate de lege.

În termen de 60 de zile de la primirea hotărârii legale, persoana interesată poate depune la dosar o reclamație legală pe lângă respectiva curte

- (b) În cazul asigurărilor împotriva accidentelor : dacă nu sunteți de acord cu decizia de asigurare de accidente, puteți cere asiguratorului o reexaminare a acesteia, în termen de o lună de zile de la primire.

Dacă nu sunteți de acord cu decizia unui societății de asigurare împotriva accidentelor, puteți de asemenea, în termen de două luni de la data primirii ei o reclamație legală pe lângă respectiva curte. Aceasta , de asemenea, solicită societății de asigurare împotriva accidentelor reexaminarea deciziei.

28. Norvegia

Un apel împotriva deciziei norvegiene trebuie trimis instituției indicată la rubrica 2 sau 4 din formularul E118 în termen de 6 săptămâni de la data primirii deciziei.

29. Elveția

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 30 de zile de la data primirii deciziei. În decizia de recurs se vor specifica măsurile corective și perioada de introducere a apelului.

ATESTAT PRIVIND DREPTURILE LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ PENTRU SOLICITANȚII DE PENSIE
ȘI MEMBRII FAMILIEI LOR

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 26(1)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 28

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare din acesta persoanei în cauză care trebuie să le prezinte instituției de la locul său de reședință. Instituția de la locul de reședință, la primirea celor două exemplare în cauză, completează partea B și transmite unul dintre acestea instituției menționate la rubrica 6. Eventual, cele două exemplare sunt trimise mai întâi instituției care trebuie să completeze rubricile 5 și 6.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. Formularul se compune din 3 pagini

A. Notificarea dreptului

1.	Instituția de la locul de reședință ⁽²⁾
1.1	Denumire:
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresa :
1.4	Referință: formularul dvs.E 107 din data de

2.	Solicitant de pensie	
2.1	Nume ⁽³⁾	Nume de naștere (daca este diferit):
2.2	Prenume	Data nașterii
2.3	Adresa în țara de reședință:	
2.4	Număr de identificare personal :	

3.	A se completa de instituția căreia i-a fost prezentată cererea de pensie		
3.1	Solicitantul indicat mai sus a prezentat la data de	o cerere de pensie pentru	
	<input type="checkbox"/> bătrânețe	<input type="checkbox"/> invaliditate	<input type="checkbox"/> urmaș
	<input type="checkbox"/> accident de muncă	<input type="checkbox"/> boală profesională	
3.2	<input type="checkbox"/> Rezultă, din examinarea acestei cereri, că persoana în cauză este îndreptățită să primească de la noi o pensie		

4.	Instituția care a completat rubrica 3		
4.1	Denumire:		
4.2	Număr de identificare a instituției :		
4.3	Adresa:		
4.4	Ștampila	4.5	Data:
		4.6	Semnătura:

5. A se completa de către instituția căreia i-a fost prezentată cererea de pensie sau de către instituția de asigurări de boală-maternitate din țara în care a fost prezentată această cerere

- 5.1 Număr de identificare a instituției care instrumentează cererea:
- 5.2 Solicitantul indicat la rubrica 2 și membrii familiei sale au dreptul la prestații în natură corespunzătoare asigurării de boală-maternitate
- 5.3 începând cu data de și până la anularea prezentului atestat
- 5.4 timp de un an începând de la (data)

6. Instituția care a completat rubrica 5

- 6.1 Denumire:
- 6.2 Număr de identificare a instituției :
- 6.3 Adresa :
- 6.4 Ștampila
- 6.5 Data:
- 6.6 Semnătura:

B. Notificarea înscrierii sau a neînscrierii

7. ⁽⁴⁾

7.1 Persoana indicată la rubrica 2 și membrii familiei sale nu au putut fi înscriși întrucât

.....

.....

8. ⁽⁴⁾

8.1 Persoana interesată desemnată la rubrica 2 și membrii familiei acesteia indicați mai jos au fost înscriși la data de

.....

9. Membrii familiei înscriși

9.1	Nume ⁽³⁾	Prenume	Sex		Data nașterii	Nr. de identificare personal
			F	M		
9.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Instituția de la locul de reședință

- 10.1 Denumire:
- 10.2 Număr de cod:
- 10.3 Adresa:
- 10.4 Ștampila
- 10.5 Data:
- 10.6 Semnătura:

Indicații pentru persoana asigurată

- a) *Prezentul atestat vă dă, dumneavoastră și membrilor familiei, dreptul de a beneficia de prestații în natură în caz de boală sau de maternitate în țara în care aveți rezidența.*
- b) *Trebuie, de îndată ce este posibil, să prezentați cele două exemplare ale acestui atestat care se află în posesia dumneavoastră, uneia dintre instituțiile de asigurare desemnate mai jos :*
- în Belgia, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă ;*
- în Republica Cehia, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință ;*
- în Cipru, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fara de care nu poate beneficia de prestații în natura în cadrul instituțiilor Medicale Guvernamentale*
- în Danemarca, autoritatea municipală de la locul de reședință*
- în Germania «Krankenkasse» (casa locală de asigurare de boală) de la locul de reședință ;*
- în Grecia, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA) care îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;*
- în Spania, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului național al securității sociale) de la locul de ședere sau de reședință. Dacă trebuie să recurgeți la prestații, puteți să vă adresați serviciilor medicale și spitalcești ale sistemului de sănătate. Trebuie să anexați o copie la formular;*
- în Estonia, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate estoniană) ;*
- în Franța, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală);*
- în Irlanda, «Health Board» (serviciul de sănătate) în raza căruia prestația este solicitată ;*
- în Italia, «Unità sanitaria locale» (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu ;*
- în Letonia, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)*
- în Lituania, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) », serviciul medical de asistență este disponibil și fără contactarea instituției în prealabil*
- în Luxemburg, « Caisse de maladie des ouvriers» (Casa de boală a muncitorilor);*
- în Ungaria, «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (oficiul local de asigurare de sănătate) ;*
- în Malta, Ministerul Sănătății, Valletta ;*
- în Țările de Jos, o casă de asigurare de boală competentă pentru locul de reședință;*
- în Austria, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul dumneavoastră de reședință;*
- în Polonia, filiala locală a «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Casa națională de sănătate), competentă de la locul de reședință*
- în Portugalia, pentru continent: «Centro Regional de Segurança Social» (centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială), la Funchal ; pentru Azores : «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială), de la locul de reședință*
- în Slovenia, serviciul teritorial competent «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia), de la locul de reședință*
- în Slovacia, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate*
- în Finlanda, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (instituția de asigurări sociale) ;*
- în Suedia, «försäkringskassan» (Oficiul asigurărilor sociale) de la locul de reședință. Asistența serviciului medical (spital, medic, dentist etc) poate fi solicitată fără un contact prealabil cu respectiva instituție.*
- în Islanda, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul național al securității sociale a statului), la Reykjavik ;*
- în Liechtenstein, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), Vaduz;*
- în Norvegia, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință;*
- în Elveția, «Institution commune LAMal — istituzioni comunali LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.*
- c) *Trebuie să semnați instituției de asigurare căreia i-ați înmănat formularul, orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură, ca de exemplu acordarea prestației sau a rentei solicitate, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere ori al celui unui membru al familiei dumneavoastră, etc.).*

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia ; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) A se completa numai atunci când formularul este emis la cererea instituției de la locul de reședință. Dacă solicitantul pensiei sau rentei este rezident în Regatul Unit, ambele copii ale formularului trebuie trimise direct Departamentului de munca și pensie, serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (3) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (4) A se completa rubrica 7 sau 8, după caz, și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

**ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA TITULARILOR DE PENSIE,
A MEMBRILOR FAMILIEI ACESTORA ȘI ACTUALIZAREA LISTELOR**
Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 28(1)(a); și articolul 29(1)(a)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 29(19(2) și (3); articolul 30(1); articolul 9(4)

Instituția care trebuie să elibereze atestatul conform articolului 29(2) sau articolului 30(1) din regulamentul (CEE) nr. 574/72 completează partea A a formularului și înmânează două exemplare titularului de pensie, sau membrului familiei sale, ori le transmite instituției de la locul de reședință dacă formularul a fost solicitat de aceasta. Eventual, cele două exemplare sunt mai întâi transmise instituției care trebuie să completeze rubricile 6 și 7. Instituția de la locul de reședință, la primirea celor două exemplare, completează partea B a acestora și transmite un exemplar instituției desemnate la rubrica 7.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din patru pagini.

A. Notificarea dreptului

1.	Instituția de la locul de reședință ⁽²⁾
1.1	Denumire:
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresa:
1.4	Referință: formularul dvs. E 107 din data de

2.	<input type="checkbox"/> Titular de pensie
2.1	Nume ⁽³⁾ :
	Nume anterioare
2.2	Prenume:
	Data nașterii :
2.3	Adresa în țara de reședință:
2.4	Data transferului eventual de reședință:
2.5	Număr de identificare personal :
2.6	Titularul de pensie a fost :
	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent
	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salariat)
	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent)
	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj

3.	A se completa de către instituția debitoare a pensiei sau rentei
3.1	Persoana interesată desemnată mai sus este titulara unei pensii sau unei rente
	<input type="checkbox"/> de bătrânețe <input type="checkbox"/> de invaliditate <input type="checkbox"/> de urmaș
	<input type="checkbox"/> de accident de muncă <input type="checkbox"/> de boală profesională
3.2	De la data de

4.	Instituția care a completat rubrica 3 ⁽⁴⁾
4.1	Denumire:
4.2	Număr de cod :
4.3	Adresa:
4.4	Ștampila
	4.5 Data:
	4.6 Semnătura:

5. Membrul familiei titularului de pensie

5.1	Nume ⁽³⁾ :	Nume anterioare ⁽³⁾ :
5.2	Prenume:	Data nașterii:
5.3	Adresa în țara de reședință:	
5.4	Număr de înregistrare:	
5.5	Data transferului eventual de reședință:	

6. A se completa de către instituția debitoare a pensiei sau rentei sau de către instituția de asigurare de boală-maternitate din țara debitoare a pensiei ⁽⁵⁾

6.1	Număr de identificare a instituției care instrumentează pensia :	
6.2	<input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 2	
	<input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 5	
	are dreptul la prestații în natură corespunzătoare asigurării de boală-maternitate începând cu data de	
6.3	Costul prestațiilor ce trebuie acordate în țara de reședință - dacă persoana nu are reședința în statul competent- este suportat de noi	
6.4	<input type="checkbox"/> începând cu data de .....și până la anularea prezentului atestat	
6.5	<input type="checkbox"/> timp de un an de la data de ⁽⁶⁾	
6.6	<input type="checkbox"/> prezentul atestat pune capăt valabilității formularului E din data de	

7. Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a persoanei menționate la rubrică 2 sau 5, cu numărulși valabil până la data de

8. Instituția care a completat rubrica 6 ⁽⁴⁾

8.1	Denumire:	
8.2	Număr de identificare a instituției :	
8.3	Adresa:	
8.4	Ștampila	8.5 Data:
		8.6 Semnătura:

B. Notificarea înscrierii sau a neînscrierii**9.** ⁽⁷⁾

9.1	<input type="checkbox"/> Persoana interesată desemnată la rubrica 2
	<input type="checkbox"/> Persoana interesată desemnată la rubrica 5
	Nu a putut fi înscrisă
9.2	<input type="checkbox"/> Întrucât persoana interesată are deja dreptul la prestațiile în natură potrivit legislației țării noastre
9.3	<input type="checkbox"/> Alte motive :

10.	<input type="checkbox"/> ⁽⁷⁾
10.1	<input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 2 <input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 5 a fost înscrisă
10.2	<input type="checkbox"/> Costul prestațiilor intră în responsabilitatea dumneavoastră ; data ce trebuie luată ca punct de plecare pentru calculul sumei forfetare prevăzute la articolul 95 din Regulamentul (CEE) nr. 574/72 este:
11	Cardul European de Asigurare de Sănătate
11.1	<input type="checkbox"/> Vă remitem anexat Cardul European de Asigurare de Sănătate cu numărul :..... cerut la rubrica 7
11.2	<input type="checkbox"/> Vă rugăm să indicați măsurile de aplicare a Cardului European de Asigurare de Sănătate eliberat persoanei de la rubrica 2 sau 5 cu numărul :.....și valabilitatea până la.....
12.	Instituția de la locul de reședință a titularului de pensie sau membrului familiei
12.1	Denumire:
12.2	Număr de identificare a instituției :
12.3	Adresa:
12.4	Ștampila
12.5	Data:
12.6	Semnătura:

Indicații pentru titularul de pensie sau membrul familiei

Trebuie să transmiteți cât mai curând cele două exemplare din prezentul formular instituției de asigurare următoare:

în **Belgia**, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă ;

în **Republica Cehia**, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință ;

în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fara de care nu poate beneficia de prestatii in natura in cadrul institutiilor Medicale Guvernamentale

în **Danemarca**, autoritatea municipală de la locul de reședință

în **Germania**, «Krankenkasse» (casa de asigurări de boală) de la locul de reședință ;

în **Grecia**, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA) care îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate

în **Spania**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului național al securității sociale) de la locul de reședință

în **Estonia**, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate)

în **Franța**, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală);

în **Irlanda**, «Health Board» (serviciul de sănătate) în raza căruia prestația este solicitată

în **Italia**, «Unità sanitaria locale» (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu

în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în **Lituania**, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) »

în **Luxemburg**, «Caisse de maladie des ouvriers» (Casa de boală a muncitorilor);

în **Ungaria**, «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (oficiul local de asigurare de sănătate) ;

în **Malta**, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta ;

în **Țările de Jos**, o casă de asigurare de boală competentă pentru locul de reședință

în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul dumneavoastră de reședință

în **Polonia**, filiala locală a «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Casa națională de sănătate) competentă de la locul de reședință

în **Portugalia, pentru continent**: «Centro Regional de Segurança Social» (centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; **pentru Madeira**: «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială), la Funchal ; **pentru Azores** : «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială) de la locul de reședință

în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia)

în **Slovacia**, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurari de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

în **Finlanda**, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (instituție de asigurări sociale)

în **Suedia**, «försäkringskassan» (biroul asigurărilor sociale) de la locul de reședință

în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul național al securității sociale a statului), la Reykjavik

în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz

în **Norvegia**, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință

în **Elveția**, «Institution commune LAMal — istituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
 - (2) A se completa numai atunci când formularul este emis la cererea instituției de la locul de reședință. Dacă solicitantul pensiei sau rentei este rezident în Regatul Unit, ambele copii ale formularului trebuie trimise direct Departamentului de munca și pensie, serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
 - (3) În Ungaria această rubrică trebuie completată de către instituția de asigurare de boală și maternitate ;
 - (5) În Italia, rubrica 6 și rubrica 7 trebuie să fie completate exclusiv de USL sau de Ministerul sănătății.
 - (6) În cazul în care formularul, emis de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză, are în vedere un membru al familiei.
 - (7) A se completa rubrica 8 sau rubrica 9 și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.
-

EXTRAS INDIVIDUAL PRIVIND CHELTUIELILE EFECTIVE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 36(1) și (2); articolul 63(1); articolul 87(1)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 93(1), (2), (4) și (5); articolul 105(1)

A se completa un formular pentru fiecare beneficiar.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din trei pagini.

1. Factura nr. semestrul 1 semestrul 2 al anului financiar 20.....

2. Instituția competentă destinată

2.1 Denumire:

2.2 Număr de identificare a instituției :

Adresa :

3.

3.1 Nume ⁽²⁾ :

3.2 Nume anterioare:.....

Prenume: Data nașterii

3.4 Număr de identificare personal⁽³⁾ :

(a) alocat de către instituția competentă

(b) alocat de către instituția creditoare:

3.5 Persoana asigurată este:

Lucrător salariat

Lucrător independent

Lucrător frontalier (salariat)

Lucrător frontalier (independent)

Lucrător în șomaj

4. Persoana menționată mai sus a beneficiat de prestații pe baza următorului document:

4.1 Cardul European de Asigurare de Sănătate nr. Data expirării:

certificat provizoriu de înlocuire a Cardului European de Asigurare de Sănătate nr.

din data: valabil de la până la

Formularul E..... din data..... valabil de la până la

4.2 Persoana menționată mai sus a fost supusă expertizei medicale solicitate la data de

5.	Cheltuieli efectuate	Cuantum ⁽⁴⁾
5.1	Pentru prestațiile în natură acordate De la la urmare a ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> unei boli <input type="checkbox"/> accideent neprofesional <input type="checkbox"/> boală saui accident de muncă	.....
5.2	Îngrijiri medicale .....	.....
5.3	Îngrijiri dentare .....	.....
5.4	Medicamente .....	.....
5.5	Spitalizare De la la .....	.....
5.5	De la la .....	.....
5.6	Alte prestații ⁽⁶⁾
5.7	Total prestații în natură	.....
5.8	Controale medicale ⁽⁷⁾
5.9	Pentru prestații în bani acordate de la la .....	.....
5.11	Total cheltuieli	.....
		=====

6.	Instituția creditoare	
6.1	Denumire :	
6.2	Număr de identificare a instituției :	
6.3	Adresa:	
6.3	.....
6.3	Ștampila ⁽⁸⁾	6.4 Data :
		6.5 Semnătura :

7.	Rezervat instituției din țara competentă
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
 - (2) A se indica numele în ordinea statutului civil;
 - (3) Dacă beneficiarul este un membru de familie înregistrat pe baza formularului E 106, vă rugăm să indicați numărul de identificare personal al persoanei asigurate;
 - (4) A se indica suma în moneda națională;
 - (5) În cazul în care formularul este trimis unei instituții elvețiene;
 - (6) A se indica natura prestațiilor: îngrijiri oferite la naștere, proteze dentare, proteze ortopedice, cure termale, ambulanță, mijloace complementare de diagnostic, etc.
 - (7) A se indica natura controalelor medicale sau a expertizelor medicale efectuate.
 - (8) Un formular semnat și trimis electronic nu trebuie să fie ștampilat.
-

STABILIREA TARIFELOR ÎN VEDEREA RAMBURSĂRII PRESTAȚIILOR ÎN NATURĂ

Regulamentul (CEE) Nr.1408/71: articolul 22(1)(a)(i); articolul 22(3); articolul 22(a); articolul 31(a) și articolul 34(a);
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 34

Instituția competentă completează partea A a formularului și trimite două exemplare instituției care ar fi trebuit să acorde prestațiile persoanei în cauză în țara de ședere, fie direct, fie prin intermediul organismului de legătură. Instituția de la locul de ședere, după ce a completat partea B a formularului, trimite un exemplar instituției competente.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini.

A. Cerere

1.	Instituția destinatară ⁽²⁾
1.1	Denumire:
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresa:

2.	<input type="checkbox"/> Persoana îndreptățită
2.1	Nume ⁽³⁾
2.2	Nume anterioare :
2.3	Prenume
	Data nașterii

2.4	Număr de identificare personal :
2.5	Această persoană este/a fost:
	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent
	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salariat)
	<input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent)
	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj

3.	Membrul de familie ai persoanei îndreptățite care a primit îngrijiri :
3.1	Nume ⁽³⁾ :
3.2	Prenume:
	Data nașterii :
3.3	Număr de identificare personal :

4. Persoana menționată mai sus
- 4.1 In timpul unei șederi în
- 4.2 la (localitate)
- 4.3 A plătit ea însăși prestațiile care le-a solicitat :
5. Vă rugăm să indicați pe chitanțele alăturate, pentru fiecare prestație care figurează acolo, suma care i-ar putea fi rambursată în funcție de tarifele aplicate de instituția de la locul de ședere. Numai pentru Luxemburg, a se indica și cuantumul contribuției oficiale ce trebuie suportată de asigurat.
6. Anexe chitanțe.

7.	Instituția competentă		
7.1	Denumire:		
7.2	Număr de identificare a instituției :		
	Adresa:		
		
7.4	Ștampila	7.5	Data:
		7.6	Semnătura :
		

B. Răspuns

8. Veți găsi în anexă chitanțe, cu tarifele stabilite conform cererii dumneavoastră

9. Suma ce trebuie rambursată Nu se efectuează nici o rambursare

10.	Observații :

11.	Instituția de la locul de ședere		
11.1	Denumire :		
11.2	Număr de identificare a instituției :		
11.3	Adresa:		
		
11.4	Ștampila	11.5	Data:
		11.6	Semnătura
		

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) Dacă instituția care ar fi trebuit să acorde prestațiile în natură nu este cunoscută, formularul poate fi adresat organismului de legătură din țara de ședere, respectiv:
- în **Belgia**, Institutul național de asigurare de boală-invaliditate (INAMI), la Bruxelles;
 - în **Republica Cehia**, «CMU» (Centrul pentru rambursări internaționale), la Praga;
 - în **Danemarca**, « Indenrings – og Sundhedsministeriet » (Ministerul de interne și sănătății), la Copenhaga;
 - în **Germania**, «DVKA» (Agenția de asigurări de sănătate de legătură), la Bonn;
 - în **Estonia**, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate)
 - în **Grecia**, «Oficiul regional sau local al institutului de asigurări sociale (IKA) ; atunci când este vorba de un marinar, Casa de pensii a marinarilor (NAT) ;
 - în **Spania**, «Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Institutul național al Securității sociale), la Madrid;
 - în **Franța**, Centrul european și internațional de legătură de securitate socială, la Paris;
 - în **Irlanda**, «Department of Health (ministerul sănătății)», la Dublin;
 - în **Italia**, «Ministero della Sanità» (ministerul sănătății), la Roma;
 - în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății), 1448 Lefkosia;

- în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie), la Riga ;
- în **Lituania**, «"Valstibinė ligonių kasa» (Casa de pacienți teritorială), la Vilnius ;
- în **Luxemburg**, « Union des Caisses de Maladie», la Luxemburg;
- în **Ungaria**, «Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Casa națională de asigurare de sănătate), la Budapesta ;
- în **Malta**, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta ;
- în **Țările de Jos**, «Agis Zorgverzekerings», la Utrecht ;
- în **Austria**, «Hauptverband der Österreichische Socialversicherungsträger» (Asociația generală a instituțiilor de asigurări sociale austriece), la Viena;
- în **Polonia**, «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Casa națională de sănătate), la Warsaw ;
- în **Portugalia**, «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (departamentul de relații internaționale și convenții de securitate socială), la Lisabona;
- în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije - Direkcija» (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia), la Ljubljana ;
- în **Slovacia**, «Úrad pre dohľad nad ydravotnoutou» (Autoritatea de supraveghere și sănătate) la Bratislava ;
- în **Finlanda**, «Kansaneläkelaitos» (Instituția de asigurări sociale), la Helsinki ;
- în **Suedia**, «Riskförsäkringsverket» (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm ;
- în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik ;
- în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz ;
- în **Norvegia**, «Rikstrygdeverket» (Administrația națională de asigurare), la Oslo ;
- în **Elveția** «Institution commune LAMal — istituzioniune commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

(3) A se indica numele în ordinea statutului civil.

EXTRAS INDIVIDUAL PRIVIND SUMELE FORFETARE LUNARE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 36(1) și (2)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72 : articolul 94; articolul 95

Instituția de la locul de reședință întocmește formularul pentru un an calendaristic și îl trimite instituției competente, prin intermediul organismului desemnat să aplice articolul 102(2) din regulamentul (CEE) nr. 574/72.

Vă rugăm să completați formularul în trei exemplare cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. Un formular separat trebuie completat pentru fiecare pensionar și pentru fiecare membru al familiei pensionarului.

1.

Extras nr. Din anul 20..... (2)

2. Instituția competentă

2.1 Denumire:

2.2 Număr de identificare a instituției :

2.3 Adresa:

3. Dreptul la prestațiile în natură a fost dobândit în baza statutului de :

Lucrători salariat Titular de pensie

Lucrător independent

3.1 Nume ⁽³⁾ :

3.2 Nume anterioare

3.3 Prenume Data nașterii

3.4 Număr de identificare personal atribuit de instituția competentă:

3.5 Număr de identificare personal atribuit de instituția creditoare :

4. Prezentul extras individual are în vedere:

4.1 familia lucrătorului desemnat la rubrica 3, care locuiește la următoarea adresă:

4.2 titularul de pensie desemnat la rubrica 3 și care locuiește la următoarea adresă:

4.3 membrul familiei, menționat mai jos, al titularului de pensie desemnat la rubrica 3 :

membrul familiei, menționat mai jos, al titularului de pensie desemnat la rubrica 3 ⁽⁴⁾ :

4.3.1. Nume ⁽³⁾

4.3.2. Prenume:

4.3.3. Adresa:

4.3.4. Număr de identificare personal atribuit de instituția competentă:

4.3.5. Număr de identificare personal atribuit de instituția creditoare:

5. Dreptul la prestații în natură pentru membrii familiei lucrătorului desemnat mai sus ori al titularului de pensie desemnat mai sus și membrii de familie ai acestuia, este atestat de formularul dumneavoastră

E din data

6. Pentru perioada în care acest drept a existat

(de la la)

6.1 Numărul de sume forfetare lunare este de

per familie indiferent de numărul membrilor familiei și un singur tarif

per pensionar sau membrii săi de familie — pentru fiecare un formular E individual și același tarif de rambursare pentru pensionar ca și pentru membrii familiei sale

per persoană ⁽⁴⁾

7.	Instituția creditoare		
7.1	Denumire :		
7.2	Număr de identificare a instituției :		
7.3	Adresa :		
7.4	Ștampila ⁽⁵⁾	7.5	Data:
		7.6	Semnătura:

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; LI = Liechtenstein; NO = Norvegi; CH = Elveția;
- (2) A se indica numele în ordinea statutului civil;
- (3) Anul indicat aici este cel în care drepturile au fost acordate;
- (4) În cazul unei scheme de plăți speciale a sumei forfetare;
- (5) Un formular semnat și trimis electronic nu trebuie să fie ștampilat.