

## **NORME METODOLOGICE din 26 august 2008**

privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71

### **EMITENT:**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

### **PUBLICAT ÎN:**

Monitorul Oficial nr. 648 din 11 septembrie 2008

**Data Intrării în vigoare: 03 Iulie 2009**

-----  
**Forma consolidată valabilă la data de 13 Februarie 2019**

**Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 03 Iulie 2009 până la data selectată**

\*) Aprobate prin ORDINUL nr. 592 din 26 august 2008  
, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 648 din 11 septembrie 2008.

\*) Notă CTCE:

\*) Forma consolidată a NORMELOR METODOLOGICE din 26 august 2008  
, publicate în MONITORUL OFICIAL nr. 648 din 11 septembrie 2008, la data de 13 Februarie 2019 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009  
; RECTIFICAREA nr. 575 din 30 aprilie 2009

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

## SECȚIUNEA 1

Formularul E 001 - Solicitare de informații

### **ART. 1**

(1) Formularul E 001, prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice, a fost creat pentru a facilita schimburile de informații dintre instituțiile statelor membre și pentru a evita corespondența suplimentară dintre instituții. Acest formular poate fi utilizat în completarea celorlalte formulare.

(2) Formularul se folosește pentru solicitarea sau comunicarea de informații, solicitarea de formulare ori pentru relansarea unei cereri, atunci când formularele existente nu sunt adaptabile unei situații date.

#### ART. 2

(1) Formularul este întocmit de instituția care dorește să obțină informații suplimentare asupra unei situații, să relanseze o cerere precedentă, să solicite un formular sau documente precise ori să comunice informații privind schimbarea situației unui asigurat sau a unui membru al familiei acestuia.

(2) Formularul este adresat instituției statului care deține informația sau documentul dorit ori celei căreia informația îi va fi utilă.

#### ART. 3

(1) Instituția care dorește să obțină sau să comunice informații specifice privind situația unui asigurat sau care dorește să obțină un formular specific completează partea A a formularului E 001 și îl adresează instituției statului membru care deține informațiile, documentele sau formularele dorite.

(2) Instituția destinatară completează partea B a formularului și transmite instituției expeditoare informațiile, documentele sau formularele ori confirmă primirea informațiilor comunicate.

#### ART. 4

În România, instituțiile care completează formularul 001, precum și formularele utilizate pentru acordarea prestațiilor de boală și maternitate sunt casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, denumite în continuare case de asigurări.

#### SECȚIUNEA a 2-a

Formularul E 101 "Atestat privind legislația aplicabilă"

#### ART. 5

(1) Formularul E 101, prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, se utilizează în vederea determinării legislației aplicabile lucrătorului salariat sau independent, potrivit regulilor speciale prevăzute de Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

(2) Formularul este eliberat de instituția competentă din statul a cărui legislație continuă să i se aplice lucrătorului. Poate fi vorba despre un lucrător detașat, prevăzut la art. 14 paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la art. 14 bis paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), pe o perioadă de un an. Acesta este folosit, de asemenea, în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit art. 17 din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71, după schimb de scrisori între autoritățile competente din cele două state în cauză. În acest ultim caz, pe formular se menționează referințele acordului autorităților competente.

#### ART. 6

Formularul este solicitat de către angajator, dacă este vorba despre un lucrător salariat, sau de către lucrătorul independent.

#### ART. 7

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

#### ART. 8

Instituția care va acorda prestațiile în natură de boală sau maternitate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 101.

#### SECȚIUNEA a 3-a

Formularul E 102 "Prelungirea detașării sau a activităților independente"

#### ART. 9

(1) Formularul E 102, prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, este întocmit atunci când durata detașării sau a activităților independente se prelungește peste perioada inițială de un an cu o nouă perioadă maximă de un an.

(2) Formularul este adresat de către angajator sau de către lucrătorul independent autorității competente din statul de detașare, care menționează pe formular decizia sa cu privire la prelungirea perioadei de detașare sau a activităților independente.

#### ART. 10

Instituția care va acorda prestațiile de asigurare de sănătate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 102, pentru a stabili situația exactă a asiguratului.

#### ART. 11

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

#### SECȚIUNEA a 4-a

Formularul E 103 "Exercitarea dreptului de opțiune"

#### ART. 12

Formularul E 103, prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, se utilizează în vederea determinării legislației aplicabile prin exercitarea dreptului de opțiune, potrivit Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, în cazul personalului încadrat în misiunile diplomatice sau oficiile consulare, al personalului casnic aflat în serviciul funcționarilor acestor misiuni sau oficii, precum și în cazul personalului auxiliar din Comunitățile Europene.

#### ART. 13

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

#### SECȚIUNEA a 5-a

Formularul E 104 "Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare, de muncă sau de reședință"

Dispoziții generale

#### ART. 14

(1) Formularul E 104, prevăzut în anexa nr. 5 la prezentele norme metodologice, totalizează perioadele de asigurare realizate pe teritoriul a două sau mai multe state membre.

(2) Atunci când un lucrător salariat sau independent începe o activitate într-un stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European și nu îndeplinește condițiile de

deschidere de drepturi la prestații de boală și maternitate în acel stat, pentru a putea beneficia de aceste prestații prezintă instituției din noul stat de muncă sau de domiciliu formularul E104 care specifică perioadele de asigurare realizate sub incidența legislației la care a fost supus ultima dată.

(3) Totalizarea poate interveni indiferent de durata scursă între două perioade de asigurare, cu excepția lucrătorului sezonier, pentru care perioada scursă între două perioade de asigurare nu poate fi mai mare de 4 luni.

#### ART. 15

(1) Pentru a beneficia de totalizarea perioadelor de asigurare, persoana interesată trebuie să solicite formularul E 104, înainte de plecare, de la instituția la care este asigurată pentru boală și maternitate.

(2) Dacă persoana interesată nu și-a procurat formularul înainte de plecare, noua instituție competentă se adresează direct fostei instituții la care a fost asigurat lucrătorul, prin transmiterea a două exemplare ale formularului.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 16

Casele de asigurări, instituții competente la un anumit moment pentru un asigurat, eliberează formularul E 104 la solicitarea persoanei interesate sau a instituției competente din noul stat de muncă ori de domiciliu, care trebuie să afle care este perioada de asigurare realizată conform legislației pe care o aplică instituția de care aparține înainte asiguratul în ceea ce privește prestațiile de boală sau maternitate.

#### ART. 17

(1) Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea instituției competente din noul stat de muncă sau de domiciliu, casele de asigurări confirmă perioadele respective de asigurare prin completarea părții B a formularului și transmit un exemplar instituției solicitante.

(2) Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea persoanei interesate, casa de asigurări completează partea A pct. 2 și partea B și înmânează sau transmite formularul persoanei interesate.

#### ART. 18

Persoanele care solicită formularul E 104 vor depune la sediul caselor de asigurări o cerere însoțită de următoarele documente:

- a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- b) copie de pe cartea de muncă sau, în cazul lucrătorilor independenți, declarația de asigurare pentru concedii și indemnizații;
- c) orice alte documente care atestă perioade de asigurare pentru boală sau maternitate.

#### SECȚIUNEA a 6-a

Formularul E 106 "Atestat privind dreptul la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate în cazul persoanelor care își au reședința într-un alt stat decât statul competent"

Dispoziții generale

#### ART. 19

(1) Formularul E 106, prevăzut în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice, se eliberează de către instituția competentă de la locul de muncă pentru a permite lucrătorului și membrilor familiei sale care își au reședința împreună cu acesta pe teritoriul altui stat membru să beneficieze

de prestațiile în natură de asigurare de boală sau maternitate, acordate în contul instituției competente de instituția de la locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

(2) Formularul E 106 se aplică și studenților și membrilor familiilor acestora, dacă este necesar, precum și membrilor familiei șomerului.

(3) Membrii de familie sunt stabiliți de instituția de la locul de reședință conform legislației pe care aceasta o aplică. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în anexa nr. 1 la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

(4) Lucrătorul și membrii de familie ai acestuia, precum și membrii de familie ai șomerului au obligația să informeze instituția din statul de reședință cu privire la orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 20

(1) Formularul E 106 este solicitat de lucrător, șomer sau student casei de asigurări în evidența căreia acesta este înregistrat ca persoană asigurată de boală sau maternitate.

(2) Dacă lucrătorul sau studentul nu prezintă acest formular, instituția de la locul de reședință poate să îl solicite casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(3) Dacă șomerul nu prezintă acest formular, instituția de la locul de reședință al membrilor familiei îl poate solicita casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(4) Casa de asigurări completează partea A a formularului E 106 și înmânează două exemplare asiguratului sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

#### ART. 21

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Pentru persoanele prevăzute la art. 12, formularul este valabil pe perioadă determinată sau până la anularea acestuia.

(3) În cazul în care casa de asigurări prelungește valabilitatea formularului E 106 emis anterior pentru aceeași persoană, prin emiterea unui nou formular, instituția de la locul de reședință nu mai completează partea B.

(4) Atunci când lucrătorul încetează de a mai avea dreptul la prestații, instituția care a eliberat formularul E 106 îl anulează folosind formularul E 108.

#### ART. 22

(1) La primirea formularului E 106, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea lucrătorului sau studentului și a membrilor de familie care își au reședința împreună cu acesta și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului E 106 completat în partea B.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică în mod similar membrilor de familie ai șomerului.

(3) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 106 la instituția statului de reședință beneficiază pe teritoriul statului de reședință de prestații de asigurare de boală sau maternitate, în numele casei de asigurări, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației statului de reședință.

(4) Instituția de la locul de reședință acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 106 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

(5) Prestațiile acordate în baza formularului E 106 generează rambursări pe bază de facturi.

#### ART. 23

Documentele necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 106 sunt:

a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere;

b) dovada reședinței în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent; pentru persoanele care nu pot face dovada reședinței anterior plecării, se pot lua în considerare contractul de muncă, documentul de detașare, ordinul emis de ministru sau orice document care face dovada șederii obișnuite pe teritoriul statului membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European;

c) dovada că urmează o formă de învățământ în statul de reședință, în cazul studentului;

d) formularul E 101 și/sau formularul E 102, în cazul lucrătorului detașat, prevăzut la art. 14 paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la art. 14 bis paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), precum și în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit art. 17 din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71;

e) dovada că persoana respectivă nu este asigurată potrivit legislației statului de reședință.

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

#### ART. 24

(1) La primirea formularului E 106, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea lucrătorului sau studentului și a membrilor de familie care își au reședința împreună cu acesta și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 106 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică în mod similar membrilor de familie ai șomerului.

(3) Membrii de familie înscrși pe baza formularului E 106 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român, în numele instituției competente, de prestații de asigurare de boală sau maternitate, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(4) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației pe care aceasta o aplică.

(5) În vederea efectuării înscrierii, casa de asigurări verifică dacă persoanele care urmează să fie înscrise au deschise drepturi de asigurări sociale de sănătate în baza legislației din România.

(6) Casa de asigurări acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 106 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(7) Prestațiile acordate în baza formularului E 106 generează rambursări pe bază de facturi.

#### ART. 25

În cazul lucrătorului detașat, prevăzut la art. 14 paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la art. 14 bis paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), precum și în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit art. 17 din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71, casa de asigurări care acordă prestațiile de boală sau

maternitate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 101 și/sau a formularului E 102, pentru a stabili situația exactă a asiguratului.

#### SECȚIUNEA a 7-a

##### Formularul E 107 "Cerere de atestat privind dreptul la prestațiile în natură"

#### Dispoziții generale

##### ART. 26

(1) Formularul E 107, prevăzut în anexa nr. 7 la prezentele norme metodologice, se utilizează în scopul solicitării cardului european de asigurări sociale de sănătate/certificatului provizoriu de înlocuire a cardului sau a formularelor E 106, E 109, E 112, E 120, E 121 necesare pentru acordarea prestațiilor în natură de asigurare de boală sau maternitate.

(2) Instituția de la locul de ședere sau de reședință căreia i-a fost adresată o cerere de acordare a unor prestații de asigurări de boală sau maternitate solicită instituției competente, prin intermediul formularului E 107, eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate/certificatului provizoriu de înlocuire a cardului sau a altor formulare necesare pentru acordarea prestațiilor în natură pe teritoriul statului de ședere sau de reședință.

#### Procedură

##### ART. 27

(1) Instituția de la locul de ședere sau de reședință completează partea A a formularului E 107 și transmite două exemplare instituției competente.

(2) La primirea formularului E 107, instituția competentă completează partea B și transmite un exemplar al acestuia instituției de la locul de ședere sau de reședință, însoțit de documentul sau formularul solicitat.

(3) În situația în care instituția competentă nu poate elibera documentul sau formularul solicitat, completează partea B a formularului E 107, cu precizarea motivului pentru care documentul sau formularul solicitat nu a fost eliberat, și returnează unul dintre cele două exemplare instituției care i le-a transmis.

#### SECȚIUNEA a 8-a

Formularul E 108 "Notificarea suspendării sau suprimării dreptului la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate"

#### Dispoziții generale

##### ART. 28

(1) Formularul E 108, prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru anularea sau suspendarea atestatului privind dreptul la prestații în natură (formularele E 106, E 109, E 120, E 121), care a fost emis pentru o persoană care își are reședința într-un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent.

(2) Atunci când instituția de la locul de reședință sau instituția competentă constată că persoanele care își au reședința pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent nu mai au dreptul la prestații în natură, informează instituția celuilalt stat prin intermediul formularului E 108.

#### Procedură

##### ART. 29

(1) Instituția care constată apariția unui motiv de suspendare sau de încetare a dreptului la prestații în natură completează partea A a formularului E 108, indicând motivul pentru care

atestarea dreptului este suprimată ori suspendată, și transmite două exemplare instituției celuilalt stat.

(2) Instituția destinatară completează partea B a formularului E 108 și retransmite un exemplar instituției care a trimis documentul.

#### SECȚIUNEA a 9-a

Formularul E 109 "Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor"

Dispoziții generale

#### ART. 30

(1) Formularul E 109, prevăzut în anexa nr. 9 la prezentele norme metodologice, este întocmit pentru a permite membrilor familiei lucrătorului care nu își au reședința împreună cu acesta să beneficieze de prestațiile în natură de boală și maternitate, acordate în contul instituției competente de instituția din locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

(2) Formularul E 109 este solicitat instituției competente de care aparține lucrătorul pentru asigurarea de boală și maternitate, de către lucrător sau membrii familiei acestuia.

(3) Dacă membrii familiei nu prezintă formularul E 109, instituția de la locul de reședință poate să îl solicite prin intermediul formularului E 107.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 31

(1) Formularul E 109 este solicitat de lucrătorul care nu are reședința împreună cu membrii de familie sau de instituția de la locul de reședință a membrilor de familie ai lucrătorului casei de asigurări în evidența căreia lucrătorul este înregistrat ca persoană asigurată.

(2) Casele de asigurări completează partea A a formularului și înmânează două exemplare persoanei asigurate sau le transmit, prin intermediul organismului de legatură, instituției de la locul de reședință a membrilor familiei, dacă formularul a fost întocmit la cererea acesteia.

(3) În situația în care cele două exemplare ale formularului E 109 se eliberează direct persoanei asigurate, aceasta va trebui să le transmită membrilor familiei, în vederea înscrierii la instituția de asigurare de boală și maternitate de la locul de reședință a acestora.

(4) Dacă membrii familiei au reședința în state membre diferite, se va întocmi un formular E 109 distinct pentru fiecare din aceste state membre.

#### ART. 32

(1) La primirea formularului E 109, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea membrilor de familie care nu au reședința împreună cu lucrătorul și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 109 la instituția statului de reședință beneficiază pe teritoriul statului de reședință de prestații de asigurare de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației statului de reședință.

(3) Instituția de la locul de reședință acordă prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

#### ART. 33

(1) Membrii de familie sunt stabiliți de instituția de la locul de reședință conform legislației pe care aceasta o aplică. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în anexa nr. 1 la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

(2) Membrii de familie ai lucrătorului au obligația să informeze instituția din statul de reședință cu privire la orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

#### ART. 34

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) În cazul în care casa de asigurări prelungește valabilitatea formularului E 109 emis anterior pentru aceeași persoană, prin emiterea unui nou formular, instituția de la locul de reședință nu mai completează partea B.

#### ART. 35

(1) Prestațiile acordate în baza formularului E 109 generează rambursări pe bază de sume forfetare.

(2) Sumele forfetare sunt facturate începând cu data înscrierii membrilor de familie la instituția de la locul de reședință.

#### ART. 36

Atunci când lucrătorul încetează a mai avea dreptul la prestații, instituția care a eliberat formularul E 109 îl anulează folosind formularul E 108.

#### ART. 37

Documentele necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 109 de la casele de asigurări sunt:

a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, pentru membrii de familie;

b) dovadă că membrii de familie au reședința în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul de reședință al lucrătorului sau statul competent;

c) dovada calității de asigurat a lucrătorului.

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

#### ART. 38

(1) La primirea formularului E 109, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință a membrilor de familie ai lucrătorului, realizează înscrierea acestora și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 109 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 109 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român, în numele instituției competente, de prestații de asigurare de boală sau maternitate, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației pe care aceasta o aplică.

(4) Casa de asigurări acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 109 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

#### SECȚIUNEA a 10-a

Formularul E 112 "Atestat privind menținerea dreptului la prestațiile în curs pentru asigurarea de boală-maternitate"

Dispoziții generale

##### ART. 39

(1) Formularul E 112, prevăzut în anexa nr. 10 la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru menținerea dreptului la prestațiile de boală și maternitate aflate în curs, în cazul persoanei care, după ce a dobândit dreptul la aceste prestații, este autorizată de către instituția competentă să revină pe teritoriul statului de reședință sau să își transfere reședința pe teritoriul altui stat membru.

(2) Formularul E 112 este utilizat și în cazul în care este necesară deplasarea într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratament medical adecvat.

##### ART. 40

(1) Formularul E 112 se adresează:

a) lucrătorului salariat sau independent ori membrilor de familie ai acestuia care beneficiază de prestații de boală și maternitate în statul competent și care solicită instituției competente autorizarea întoarcerii pe teritoriul statului membru de reședință sau a transferului reședinței lor, temporar ori definitiv, pe teritoriul altui stat membru;

b) lucrătorului salariat sau independent și membrilor de familie ai acestuia care sunt autorizați de instituția competentă să se deplaseze într-un alt stat membru cu scopul de a primi tratament medical.

(2) Eliberarea formularului E 112 pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a) poate fi refuzată de către instituția competentă numai dacă se stabilește că deplasarea persoanei respective ar prejudicia starea sănătății sale sau acordarea tratamentului medical.

(3) Eliberarea formularului E 112 pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. b) nu poate fi refuzată de către instituția competentă dacă tratamentul respectiv se regăsește printre prestațiile acordate în baza legislației statului membru pe al cărui teritoriu își are reședința persoana în cauză, căreia nu i se poate acorda un asemenea tratament în statul membru de reședință în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului respectiv, luând în considerare starea curentă de sănătate și evoluția probabilă a bolii.

##### ART. 41

(1) Prevederile art. 40 alin. (1) lit. b) se aplică și în cazul membrilor de familie care nu își au reședința împreună cu lucrătorul, precum și în cazul pensionarilor și membrilor de familie ai acestuia care își au reședința pe teritoriul altui stat decât statul competent.

(2) Instituția de la locul de reședință al persoanelor prevăzute la alin. (1) este considerată drept instituție competentă să elibereze formularul E 112.

##### ART. 42

Prestațiile acordate în baza formularului E 112 generează rambursări pe bază de facturi.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 43

(1) În vederea obținerii formularului E 112, persoana interesată depune o cerere la casa de asigurări în evidența căreia aceasta este înregistrată ca persoană asigurată.

(2) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante; în situația în care în urma verificărilor se constată că persoana nu este asigurată, cererea de eliberare a formularului nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului;

b) analizează dosarul medical pentru a verifica îndeplinirea condiției prevăzute de art. 22 alin. (2) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71;

c) dacă constată îndeplinirea condițiilor prevăzute la lit. a) și

b) eliberează formularul E 112.

(3) Termenul maxim de soluționare a cererii de eliberare a formularului E 112 este de 5 zile lucrătoare.

(4) Formularul E 112 se completează în două exemplare, dintre care unul se păstrează la casa de asigurări, iar celălalt se înmânează persoanei solicitante. În situația în care persoana solicitantă se deplasează pentru tratament în Marea Britanie, se completează un exemplar suplimentar care se transmite către Department for Work and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

#### ART. 44

(1) În cazul prevăzut la art. 40 alin. (1) lit. a), cererea va fi însoțită de următoarele documente:

a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;

b) dosarul medical care va conține înscrișuri medicale și raportul medical prevăzut în anexa nr. 10A la prezentele norme metodologice;

c) confirmarea scrisă din partea unității sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European în care se intenționează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical în perioada indicată de persoana solicitantă, în baza formularului E 112;

d) dovada transferului de reședință.

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte diagnosticul și tratamentul medical urmat la o unitate sanitară aflată în relații contractuale cu o casă de asigurări, precum și precizarea, în mod explicit și argumentat, că deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical.

(3) Raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

-----  
Alin. (3) al art. 44 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 312 din 12 mai 2009.

(4) Toate documentele medicale, precum și raportul medical trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.

#### ART. 45

(1) În cazul prevăzut la art. 40 alin. (1) lit. b), cererea va fi însoțită de următoarele documente:

- a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- b) dosarul medical, care va conține, pe lângă înscrisuri medicale, raportul medical prevăzut în anexa nr. 10A, din care să rezulte diagnosticul, precum și recomandarea medicală pentru efectuarea tratamentului;
- c) confirmare scrisă din partea unității sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European în care se intenționează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical, în baza formularului E 112, în perioada indicată de persoana solicitantă, pe baza recomandării medicului curant care întocmește raportul medical.

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, precum și faptul că acesta nu poate fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna dintre unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii.

(3) În raportul medical întocmit de medicul curant trebuie precizat în mod explicit și argumentat motivul pentru care serviciul medical respectiv nu poate fi acordat într-un interval de timp rezonabil în nicio unitate sanitară din România.

(4) Raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

-----  
Alin. (4) al art. 45 a fost modificat de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 312 din 12 mai 2009.

(5) Toate documentele medicale, precum și raportul medical trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.

#### ART. 46

(1) Formularul E 112 se eliberează înainte de plecarea persoanei beneficiare.

(2) Formularul poate fi emis și după plecarea persoanei beneficiare dacă, din motive de forță majoră, nu a putut fi eliberat anticipat. Formularul se eliberează numai dacă nu a fost achitată contravaloarea serviciilor medicale. Din momentul efectuării plății formularul nu mai produce efectele juridice pentru care este solicitat.

(3) În cazul prevăzut la alin. (2), casa de asigurări întocmește un referat prin care se argumentează și se justifică situația de forță majoră, document care va sta la baza eliberării formularului E 112.

(4) La întocmirea referatului prevăzut la alin. (3) se vor detalia împrejurările de origine externă, cu caracter extraordinar, absolut imprezvizibile și inevitabile, inclusiv împrejurări de natură medicală, care au condus la situația de forță majoră.

-----  
Alin. (4) al art. 46 a fost introdus de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 312 din 12 mai 2009.

## SECȚIUNEA a 11-a

### Formularul E 115 "Cerere de prestații în bani pentru incapacitate de muncă"

#### Dispoziții generale

#### ART. 47

(1) Formularul E 115, prevăzut în anexa nr. 11 la prezentele norme metodologice, se utilizează numai pentru lucrătorul sau șomerul aflat în incapacitate de muncă, în caz de boală, maternitate, accident de muncă sau boală profesională, pe teritoriul unui alt stat membru decât statul competent.

(2) Formularul E 115 este emis de instituția de la locul de reședință sau de ședere, la solicitarea lucrătorului sau șomerului aflat în incapacitate de muncă într-un alt stat membru decât statul competent.

#### ART. 48

(1) Lucrătorul sau șomerul aflat în incapacitate de muncă adresează instituției de la locul de reședință sau de ședere, în termen de 3 zile de la începerea incapacității de muncă, un aviz de încetare a lucrului sau un certificat de incapacitate de muncă.

(2) Instituția de la locul de ședere sau de reședință întocmește formularul E 115 într-un singur exemplar, prin completarea părții A a formularului, și îl adresează instituției competente.

(3) În situația prelungirii incapacității de muncă, instituția de la locul de ședere sau de reședință întocmește un nou formular E 115, completat numai în partea B, și îl adresează instituției competente.

(4) Instituția de la locul de ședere sau de reședință indică în formular începerea perioadei de incapacitate de muncă, precum și durata probabilă a acesteia.

#### ART. 49

În cazul șomerului care dispune de formularele E 303 și cardul european de asigurări sociale de sănătate sau certificatul provizoriu de înlocuire, autorizat să își transfere reședința pe teritoriul unui alt stat membru pentru a căuta de lucru, instituția de la locul de ședere întocmește formularul E 115 în 3 exemplare. Un exemplar se transmite instituției competente în materie de asigurări de boală sau maternitate, un exemplar se transmite instituției competente în materie de șomaj și un exemplar se transmite instituției de asigurări de șomaj din statul în care lucrătorul s-a deplasat pentru a căuta un loc de muncă.

#### ART. 50

În cazul unui șomer care și-a transferat reședința în vederea căutării unui loc de muncă, iar durata transferului depășește sau va depăși 3 luni, instituția statului în care șomerul caută un loc de muncă informează instituțiile competente în materie de șomaj și boală ale celui alt stat că, potrivit estimărilor sale, condițiile care justifică prelungirea acordării prestațiilor în bani și în natură peste perioada de 3 luni sunt îndeplinite și anexează un raport medical detaliat al medicului care a efectuat controlul, indicând data probabilă în timpul căreia forța majoră prevăzută la art. 25 paragraful 4 din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 se va aplica.

#### Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 51

(1) Medicii curanți din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care eliberează certificate de concediu medical persoanelor prevăzute la art. 47 alin. (1) care își au reședința sau se află în ședere temporară pe teritoriul României le îndrumă pe acestea la casele de asigurări cu

care au încheiat convenții privind eliberarea certificatelor medicale, în vederea eliberării formularului E 115.

(2) Casele de asigurări întocmesc formularul E 115 într-un singur exemplar, prin completarea părții A, și îl adresează instituției competente.

(3) În formular casa de asigurări indică începerea perioadei de incapacitate de muncă, precum și durata probabilă a acesteia.

(4) Casa de asigurări întocmește, în termen de 3 zile de la data la care persoana interesată i s-a adresat, formularul E 116 "Raport medical privind incapacitatea de muncă", pe baza certificatului de incapacitate temporară de muncă prezentat, și îl transmite în plic închis instituției competente, anexat formularului E 115, sau îl transmite ulterior.

#### ART. 52

În caz de prelungire a perioadei de întrerupere a activității, un nou formular E 115 este adresat instituției competente.

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 53

(1) În situația în care casa de asigurări primește formularul E 115 pentru o persoană care este asigurată pentru concedii și indemnizații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, se procedează astfel:

a) casa de asigurări efectuează demersurile necesare traducerii în limba română a raportului medical și a certificatului de incapacitate de muncă/avizului de încetare a muncii;

b) în urma analizării documentelor primite de la instituția de la locul de ședere sau de reședință, casa de asigurări transmite angajatorului certificatul de incapacitate de muncă, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11A la prezentele norme metodologice;

c) după primirea formularului din anexa nr. 11A, angajatorul efectuează calculul și plata indemnizației, luând în considerare legislația internă privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate; în cazul persoanelor asigurate direct la casa de asigurări, calculul și plata indemnizației se efectuează de către casa de asigurări.

(2) În situația în care casa de asigurări care primește formularul E 115 este diferită de casa de asigurări la care angajatorul persoanei prevăzute la art. 47 alin. (1) depune declarațiile pentru concedii și indemnizații, aceasta va transmite celei din urmă formularul și documentele anexate, în vederea îndeplinirii procedurii prevăzute la alin. (1).

#### SECȚIUNEA a 12-a

Formularul E 116 "Raport medical privind incapacitatea de muncă (boală, maternitate, accident de muncă, boală profesională)"

#### ART. 54

Formularul E 116, prevăzut în anexa nr. 12 la prezentele norme metodologice, este un raport medical simplificat întocmit de medicul care efectuează controlul medical de la instituția de la locul de ședere sau de reședință a lucrătorului ori a șomerului.

#### ART. 55

(1) Persoanele prevăzute la art. 47 alin. (1) cărora li se eliberează certificate de concediu medical de către medicii curanți din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se adresează casei de asigurări cu care medicul prescriptor are încheiată convenție privind eliberarea

de certificate medicale. La eliberarea certificatului medical, medicul prescriptor are obligația de a informa pacientul cu privire la casa de asigurări căreia acesta trebuie să se adreseze în vederea obținerii indemnizației.

(2) Casa de asigurări, prin intermediul serviciului medical, întocmește, în termen de 3 zile de la data la care persoana interesată i s-a adresat, formularul E 116, prin completarea pct. 1-3, pct. 4 (4.1, 4.2), 5.5, 5.8, 5.11, pe baza certificatului de incapacitate temporară de muncă prezentat, transmițând un exemplar instituției competente.

(3) Raportul medicului care efectuează controlul medical se anexează formularului E 115 în plic închis sau este adresat ulterior instituției competente la care este afiliat lucrătorul ca urmare a asigurării sale de boală sau a asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(4) Raportul medical se întocmește cu ocazia fiecărei prelungiri a perioadei de întrerupere a activității.

(5) Dacă în urma unui control casa de asigurări constată că persoana interesată este aptă să își reia activitatea, avizează instituția competentă asupra datei la care perioada de incapacitate de muncă ia sfârșit.

### SECȚIUNEA a 13-a

Formularul E 117 "Acordarea de prestații în bani în caz de maternitate și de incapacitate de muncă"

Dispoziții generale

#### ART. 56

Formularul E 117, prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția competentă pentru a informa instituția de la locul de reședință sau de ședere care a întocmit formularele E 115 și E 116 asupra deciziei sale privind acordarea prestațiilor în bani lucrătorului sau șomerului.

#### ART. 57

Formularul este întocmit de instituția competentă în materie de asigurări de boală, maternitate sau de asigurări pentru accidente de muncă a statului competent și este adresat instituției de la locul de reședință sau de ședere, precum și lucrătorului, dacă prestațiile în bani sunt acordate de instituția de la locul de reședință sau de ședere în numele instituției competente. În acest mod lucrătorul va avea cunoștință de instituția care îi va plăti prestațiile în bani, precum și de cuantumul prestațiilor respective.

Procedura eliberării formularului de către casele de asigurări

#### ART. 58

(1) În formularul E 117, casa de asigurări indică dacă persoana interesată are sau nu dreptul la indemnizații de boală sau maternitate.

(2) În situația în care persoana interesată are dreptul la indemnizații, casa de asigurări precizează durata acordării acestora, cuantumul indemnizațiilor, precum și plătitorul indemnizațiilor (casa de asigurări, angajatorul sau instituția asimilată angajatorului, precum și instituția de la locul de reședință sau de ședere, în cazul în care este încheiat un acord în acest sens).

(3) În caz de respingere a cererii de acordare a prestației sau de încetare a dreptului, formularul E 117 trebuie să fie însoțit de formularul E 118, în care sunt precizate motivul respingerii și căile și termenele de recurs.

## SECȚIUNEA a 14-a

Formularul E 118 "Notificarea neregnoașterii sau a încheierii incapacității de muncă"

### ART. 59

Formularul E 118, prevăzut în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru a permite instituției de la locul de ședere sau de reședință și instituției competente să notifice lucrătorului sau șomerului o decizie cu privire la neregnoașterea incapacității de muncă sau încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

### ART. 60

(1) Dacă în urma unui control medical instituția de la locul de ședere sau de reședință constată că persoana în cauză este aptă să își reia activitatea, notifică instituției competente încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

(2) Dacă instituția competentă în materie de asigurare de boală, maternitate sau asigurare pentru accidente de muncă hotărăște să refuze prestațiile în bani deoarece persoana interesată nu s-a supus formalităților prevăzute de legislația din statul de ședere sau de reședință ori constată, în urma rapoartelor medicale adresate de instituția de la locul de ședere sau de reședință ori a controlului pe care l-a dispus, că persoana interesată este aptă să își reia activitatea, notifică instituției de la locul de ședere sau de reședință neregnoașterea sau încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

### ART. 61

(1) Instituția care constată că lucrătorul sau șomerul nu îndeplinește ori nu mai îndeplinește condițiile pentru a putea beneficia de prestațiile în bani pentru asigurarea de boală, maternitate sau asigurarea pentru accidente de muncă avizează persoana interesată, pe de o parte, și instituția celuilalt stat, pe de altă parte, completând formularul E 118 și indicând motivul pentru care dreptul este suprimat.

(2) Dacă formularul a fost întocmit de instituția de la locul de reședință sau de ședere, un exemplar este adresat lucrătorului și unul instituției competente în materie de asigurare de boală, maternitate sau de asigurare pentru accidente de muncă.

(3) Dacă formularul este întocmit de instituția competentă, un exemplar este adresat lucrătorului și un exemplar este adresat instituției de la locul de ședere sau de reședință.

(4) Dacă este vorba de un șomer, sunt întocmite două exemplare suplimentare ale formularului: unul este adresat instituției de asigurări pentru șomaj a statului competent, iar celălalt instituției de asigurări pentru șomaj a statului în care lucrătorul s-a deplasat pentru a căuta de lucru.

## SECȚIUNEA a 15-a

Formularul E 120 "Atestat privind drepturile la prestațiile în natură pentru solicitanții de pensie și membrii familiei lor"

Dispoziții generale

### ART. 62

Formularul E 120, prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru lucrătorii salariați și independenți care încetează a mai avea dreptul la prestații în natură conform legislației ultimului stat competent, ca urmare a activității precedent exercitate, în timp ce o cerere de pensionare este în curs de instrumentare.

### ART. 63

Prestațiile în natură pentru asigurarea de boală și maternitate pot fi acordate solicitantului de pensie, precum și membrilor familiei acestuia care beneficiază de drepturi în această calitate în statul lor de reședință.

#### ART. 64

(1) Formularul este solicitat de fostul lucrător salariat sau independent de la instituția competentă căreia i-a fost prezentată o cerere de acordare a pensiei.

(2) Dacă persoana interesată nu prezintă formularul E 120, instituția de la locul de reședință îl poate solicita prin intermediul formularului E 107.

#### ART. 65

(1) Instituția de la locul de reședință completează partea B, indicând că a realizat sau nu înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor familiei sale care beneficiază de drepturi în această calitate. Dacă nu a realizat înscrierea acestora, precizează motivul pentru care înscrierea nu a fost efectuată.

(2) Instituția de la locul de reședință realizează înscrierea persoanei interesate și a membrilor familiei acesteia pe care îi poate considera ca beneficiari de drepturi în temeiul acestei calități, conform legislației sale, și care nu au drepturi (altele decât cele legate de reședință), conform legislației sale. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în anexa nr. 1 la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 66

(1) Formularul E 120 este solicitat casei de asigurări de către fostul lucrător prevăzut la art. 62 sau de către instituția de la locul de reședință prin intermediul formularului E 107.

(2) Casa de asigurări completează partea A a formularului, cu excepția pct. 3 și 4, și transmite două exemplare casei de pensii căreia i-a fost prezentată cererea de pensionare.

(3) După primirea formularului completat la pct. 3 și 4, transmis de casa de pensii, casa de asigurări înmânează două exemplare solicitantului de pensie sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

(4) La primirea formularului E 120, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor de familie și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

#### ART. 67

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Atunci când persoana interesată încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 120 îl anulează folosind formularul E 108.

#### ART. 68

Documente necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 120:

a) copie de pe cartea de identitate/buletinul de identitate;

b) copie de pe cererea de pensionare;

c) dovada reședinței pe teritoriul altui stat membru, pentru solicitantul de pensie și membrii

de familie.

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

#### ART. 69

(1) La primirea formularului E 120, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor de familie ai acestuia și informează instituția competentă care i-a adresat formularul cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 120 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român de prestații în natură de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Casa de asigurări acordă solicitantului de pensie și membrilor de familie ai acestuia prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

#### ART. 70

Prestațiile acordate în baza formularului E 120 generează rambursări pe bază de facturi.

#### SECȚIUNEA a 16-a

Formularul E 121 "Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie, a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor"

Dispoziții generale

#### ART. 71

Formularul E 121, prevăzut în anexa nr. 16 la prezentele norme metodologice, este eliberat pentru a permite atât titularului de pensie sau de rentă, cât și membrilor familiei acestuia, fie că își au sau nu reședința împreună cu acesta, să beneficieze de prestațiile în natură de boală sau maternitate, acordate în numele instituției competente de către instituția de la locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

#### ART. 72

Formularul este solicitat instituției competente de către titularul de pensie sau membrii familiei acestuia sau, dacă aceștia nu prezintă formularul, de instituția de la locul de reședință, prin intermediul formularului E 107.

#### ART. 73

(1) Instituția de la locul de reședință completează partea B, indicând că a realizat sau nu înscrierea pensionarului și a membrilor familiei sale care beneficiază de drepturi în această calitate. Dacă nu a realizat înscrierea acestora, precizează motivul pentru care înscrierea nu a fost efectuată.

(2) Instituția de la locul de reședință realizează înscrierea persoanei interesate și a membrilor familiei acesteia pe care îi poate considera ca beneficiari de drepturi în temeiul acestei calități, conform legislației sale, și care nu au drepturi (altele decât cele legate de reședință), conform legislației sale. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în anexa nr. 1 la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 74

(1) Formularul E 121 este solicitat de către titularul de pensie sau membrii de familie aflați în întreținerea acestuia casei de asigurări în evidența căreia sunt înregistrați ca persoane asigurate.

Dacă aceștia nu prezintă formularul, instituția de la locul de reședință îl poate solicita casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(2) Casa de asigurări completează partea A a formularului, cu excepția pct. 3 și 4, și transmite două exemplare casei de pensii în evidența căreia se află titularul pensiei.

(3) După primirea formularului completat la pct. 3 și 4, transmis de către casa de pensii, casa de asigurări înmânează două exemplare persoanei interesate sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

(4) La primirea formularului E 121, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea titularului de pensie și a membrilor de familie și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând acesteia un exemplar al formularului E 121 completat în partea B.

#### ART. 75

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Atunci când persoana interesată încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 121 îl anulează folosind formularul E 108.

#### ART. 76

Documente necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 121:

- a) copie de pe cartea de identitate/buletinul de identitate;
- b) copie de pe decizia de pensionare;
- c) dovada reședinței pe teritoriul altui stat membru, pentru solicitantul de pensie și membrii de familie.

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

#### ART. 77

(1) La primirea formularului E 121, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea titularului de pensie și a membrilor de familie ai acestuia și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 121 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 121 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român de prestații în natură de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Casa de asigurări acordă solicitantului de pensie și membrilor de familie ai acestuia prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

(4) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(5) Membrii de familie ai pensionarului au obligația să informeze casa de asigurări cu privire la orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

#### ART. 78

(1) Prestațiile acordate în baza formularului E 121 generează rambursări pe bază de sume forfetare.

(2) Sumele forfetare sunt facturate începând cu data înscrierii titularului de pensie și a membrilor de familie la instituția de la locul de reședință.

#### ART. 79

Atunci când titularul de pensie sau membrii de familie încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 121 îl anulează folosind formularul E 108.

Șederea temporară pe teritoriul României

#### ART. 80

(1) Pensionarii români care și-au schimbat reședința pe teritoriul unui alt stat membru și au fost înregistrați la locul de reședință prin formularul E 121 eliberat de casa de asigurări vor primi prestații în natură în România, în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate eliberat de instituția de la locul de reședință.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică prin analogie membrilor de familie ai titularului de pensie.

#### SECȚIUNEA a 17-a

##### Formularul E 125 "Extras individual privind cheltuielile efective"

Dispoziții generale

#### ART. 81

(1) Formularul E 125, prevăzut în anexa nr. 17 la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția de la locul de ședere sau de reședință care a acordat prestațiile aferente asigurării de boală ori maternitate sau care a efectuat un control ori o expertiză medicală în numele unei instituții competente a unui alt stat, prestațiile în cauză făcând obiectul unei rambursări pe bază de factură.

(2) Formularul se înaintează instituției competente, prin intermediul organismului de legătură al statului destinatar, în vederea rambursării cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată pe teritoriul unui stat membru, altul decât statul competent.

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 82

(1) În cazul asiguraților români care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European, în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în numele caselor de asigurări, instituția de la locul de ședere sau de reședință completează formularul E 125 și îl transmite casei de asigurări prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) La primirea formularului, casa de asigurări are obligația de a verifica dacă persoana pe numele căreia s-a emis formularul are calitatea de asigurat, precum și dacă prestația a fost acordată în perioada de valabilitate a documentului în baza căruia s-au acordat serviciile medicale.

(3) După efectuarea verificărilor prevăzute la alin. (2), casa de asigurări demarează procedura de rambursare conform Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007

, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 251 din 16 aprilie 2007, cu modificările și completările ulterioare.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 83

În cazul asiguraților străini care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul României în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în numele instituției competente, formularul E 125 se completează de către casa de asigurări și se transmite instituției competente prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

#### ART. 84

Formularul E 125 se va completa cu datele de identificare ale instituției competente destinate și ale persoanei care a beneficiat de prestații în natură, seria și valabilitatea documentului în baza căruia aceasta a beneficiat de prestații, perioada în care prestațiile au fost acordate și natura acestora (îngrijiri medicale, îngrijiri dentare, medicamente, spitalizare, prestații în natură de valoare mare), precum și contravaloarea prestațiilor indicată în moneda națională.

#### ART. 85

(1) Pentru rambursarea prestațiilor în bani, formularul E 125 este emis atunci când există un acord privind plata acestor prestații de către instituția de la locul de ședere sau de reședință, în numele instituției competente.

(2) În cazul unei cereri de efectuare a unei expertize ori a unor controale medicale, rambursarea cheltuielilor este, de asemenea, solicitată prin intermediul acestui formular instituției care a solicitat respectivele examene medicale.

(3) În cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), în formularul E 125 se vor completa rubricile rezervate prestațiilor în bani și controalelor medicale.

#### SECȚIUNEA a 18-a

Formularul E 126 "Stabilirea tarifelor în vederea rambursării prestațiilor în natură"

Dispoziții generale

#### ART. 86

(1) Formularul E 126, prevăzut în anexa nr. 18 la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția competentă la care este luat în evidență asiguratul, în situația în care acesta a beneficiat de servicii medicale care au devenit necesare în timpul unei șederi temporare pe teritoriul unui alt stat membru, altul decât statul competent, și a suportat contravaloarea acestora, din motive de neprezentare sau de nerecunoaștere a cardului european de asigurări sociale de sănătate ori a certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia.

(2) Prin intermediul acestui formular, instituția competentă solicită instituției de la locul de ședere cuantumul cheltuielilor pe care le-ar fi rambursat unui asigurat al său dacă acesta ar fi beneficiat de servicii medicale în situația prevăzută la alin. (1). Instituția competentă, după primirea răspunsului din partea instituției de la locul de ședere, plătește asiguratului său contravaloarea sumei comunicate prin acest formular.

#### ART. 87

Atunci când asiguratul nu a efectuat formalitățile pentru a obține din partea instituției de la locul de ședere prestațiile în natură aferente asigurării de boală și maternitate, el prezintă instituției competente o cerere de rambursare în funcție de tarifele aplicate de instituția de la locul de ședere, prezentând facturile achitate.

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 88

(1) La primirea formularului E 126, casa de asigurări completează partea B, precizând suma care ar fi fost decontată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Casa de asigurări are obligația de a verifica dacă serviciile medicale respective se pot încadra în categoria serviciilor medicale acordate în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 89

(1) Casele de asigurări completează partea A a formularului E 126 cu toate datele solicitate, anexând actele doveditoare privind serviciile acordate și plata acestora, și transmit două exemplare instituției de la locul de ședere.

(2) La primirea solicitării, instituția de la locul de ședere completează partea B a formularului, menționând suma ce trebuie rambursată conform prevederilor art. 86 alin. (2).

(3) În situația în care casa de asigurări nu este în măsură să stabilească instituția de la locul de ședere, se adresează organismului de legătură din statul membru de ședere.

(4) Dacă instituția de la locul de ședere estimează că suma reprezentând serviciile acordate nu poate face obiectul unei rambursări, indică acest lucru și precizează motivul pentru care o astfel de rambursare nu poate fi efectuată. În acest caz, casa de asigurări realizează rambursarea cheltuielilor asiguratului său, în urma informațiilor care i-au fost comunicate de instituția de la locul de ședere.

(5) Cuantumul rambursării nu poate depăși cheltuielile suportate de asigurat.

#### ART. 90

Pentru a efectua rambursările și a compensa cheltuielile angajate în cursul șederii, în cazul în care nu există tarife de rambursare în anumite state, iar suma ce trebuie rambursată nu depășește 1.000 euro și persoana solicitantă își dă acordul, casa de asigurări poate efectua rambursarea la nivelul tarifelor serviciilor medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

#### ART. 91

Dacă între cele două state există încheiat un acord care prevede fie renunțarea la orice rambursare, fie o rambursare forfetară, instituția de la locul de ședere, în momentul în care comunică tarifele cheltuielilor, transferă și suma ce trebuie rambursată persoanei interesate ori instituției competente, în funcție de termenii acordului încheiat.

#### ART. 92

În cazul în care legislația țării de ședere nu prevede tarife de rambursare, casa de asigurări poate rambursa direct cheltuielile, conform prevederilor art. 7<sup>1</sup> din normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007, cu modificările și completările ulterioare.

#### SECȚIUNEA a 19-a

Formularul E 127 "Extras individual privind sumele forfetare lunare"

Dispoziții generale

#### ART. 93

(1) Formularul E 127, prevăzut în anexa nr. 19 la prezentele norme metodologice, este întocmit atunci când rambursarea se face pe baza unei sume forfetare.

(2) Fac obiectul rambursării pe baza unei sume forfetare prestațiile acordate membrilor de familie ai unui lucrător salariat sau lucrător independent, care nu își au reședința pe teritoriul aceluiași stat membru ca și persoana în cauză, pe baza unui formular E 109 "Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor", sau prestațiile acordate pensionarilor și membrilor de familie ai acestora care nu își au reședința în statul membru în conformitate cu a cărei legislație primesc pensie și au dreptul la prestații, în baza unui formular E 121 "Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor".

(3) Suma prestațiilor în natură acordate conform alin. (2) se rambursează de instituțiile competente instituțiilor care au acordat prestațiile respective, prin intermediul organismului de legătură, pe baza unei sume forfetare stabilite pentru fiecare an calendaristic, cât mai apropiate posibil de cheltuielile reale efectuate.

#### ART. 94

Formularul E 127 este eliberat de instituția de la locul de reședință a familiei lucrătorului care nu își are rezidența împreună cu acesta ori a titularului pensiei și/sau membrilor familiei acestuia, aceasta fiind instituția care acordă prestațiile în numele instituției competente.

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 95

(1) La primirea formularului E 127, casele de asigurări centralizează sumele forfetare și efectuează toate verificările privind documentele în baza cărora s-a eliberat formularul.

(2) După validarea formularului, casele de asigurări vor efectua, prin intermediul organismului de legătură, plata sumelor forfetare, pe baza tarifelor publicate de statele solicitante în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, aferente anului pentru care s-a solicitat plata.

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

#### ART. 96

(1) Casa de asigurări care a efectuat înscrierea persoanelor menționate în formularul E 109 sau E 121 este susceptibilă de acordarea de servicii medicale în numele instituției competente.

(2) Casa de asigurări întocmește pentru fiecare persoană înscrisă un formular E 127.

(3) Suma forfetară este datorată din momentul în care înscrierea a fost efectuată, fie că sunt acordate sau nu prestații.

(4) Parametrii luați în considerare pentru stabilirea costului mediu anual sunt menționați în anexa nr. 9 la Regulamentul (CEE) nr. 574/72.

#### SECȚIUNEA a 20-a

##### Dispoziții finale

#### ART. 97

(1) Prezentele norme metodologice reprezintă un instrument pentru aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 și nu înlocuiesc sau limitează prevederile acestora.

(2) În caz de eventuale contradicții între prevederile prezentelor norme metodologice și prevederile Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 și ale Regulamentului (CEE) nr. 574/72, vor prevala prevederile regulamentelor.

#### ART. 98

În aplicarea prezentelor norme metodologice și a regulamentelor (CEE) nr. 1.408/71 și 574/72, casele de asigurări vor utiliza modelele de formulare prevăzute în anexele nr. 1-19, care fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

#### ART. 99

În situația în care persoana care a obținut un formular care deschide dreptul la prestații în natură într-un alt stat membru al Uniunii Europene/Spațiului Economic European nu păstrează calitatea de asigurat pe toată perioada de valabilitate a acestuia și beneficiază de aceste prestații în natură, persoana în cauză va suporta contravaloarea acestor servicii. În această situație, casa de asigurări emitentă a formularului va rambursa contravaloarea acestor servicii instituției din statul membru care a acordat prestațiile în natură și, ulterior, va recupera contravaloarea acestora de la persoana în cauză.

#### ART. 100

(1) În vederea eliberării formularelor prevăzute în prezentele norme metodologice, casele de asigurări verifică statutul de asigurat al persoanei.

(2) În situația în care în urma verificării prevăzute la alin. (1) se constată restanțe la plata contribuției lunare, trimestriale sau anuale de asigurări sociale de sănătate, în termenul de prescripție prevăzut de legislația financiar-fiscală, mai mari de 3 luni de la ultima plată integrală a contribuției, casele de asigurări vor refuza eliberarea acestor formulare până la achitarea restanțelor și a majorărilor de întârziere, după caz.

#### ART. 101

Casele de asigurări pot solicita orice lămuriri instituțiilor competente sau de la locul de reședință ori de ședere sau organismelor de legătură cu privire la formularele emise sau solicitate de acestea.

#### ANEXA 1

##### la Normele Metodologice

COMUNITĂȚI EUROPENE  
Regulamente de securitate socială  
EEE\*)

A se vedea «Instrucțiuni»  
la pagina 4

\*1

|                                                   |                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitare de informații | <input type="checkbox"/> un lucrător salariat    |
| <input type="checkbox"/> Comunicare de informații | <input type="checkbox"/> un lucrător independent |
| <input type="checkbox"/> Solicitare de formulare  | <input type="checkbox"/> un lucrător frontalier  |
| <input type="checkbox"/> Reamintire               | <input type="checkbox"/> un pensionar            |
|                                                   | <input type="checkbox"/> un solicitant de pensie |
|                                                   | <input type="checkbox"/> un șomer                |
|                                                   | <input type="checkbox"/> un membru de familie    |

Regulamentul 1408/71: articol 84

Instituția expeditoare completează partea A și trimite două exemplare instituției destinatare. 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 destinatară       |
| 1.1 | [ ] Denumirea: .....         |
| 1.2 | [ ] Adresa*2 :.....<br>..... |

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| 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 :.....<br>..... |
| 4.4 | Țara*13 :.....                                 |

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| 5.  | Număr de înregistrare           |
| 5.1 | la instituția expeditoare:..... |
| 5.2 | la instituția destinatară:..... |

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 6. | Adresa*2 :.....<br>..... |
|----|--------------------------|

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

E 001

|     |                            |
|-----|----------------------------|
| 8.  | Membru de familie*14       |
| 8.1 | Nume de familie*4<br>..... |

|                       |                    |         |
|-----------------------|--------------------|---------|
| 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 date de:.....

Vă rugăm să ne trimiteți pentru persoana desemnată în rubrica  2  8

9.1  formularul(-ele) următor(-are): .....

9.2  documentul(-ele) următor(-are): .....

9.3  informația(informațiile) următoare(-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 Ștampila 12.4 Data

12.5 Semnătura

E 001

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) următoare(-are): .....

14

Ca urmare a cererii dumneavoastră din data de .....  
Vă comunicăm că este imposibil să transmitem:

14.1  formularul(-ele) următor(-are): .....

14.2  documentul(-ele) următor(-are): .....

14.3  informația(informațiile) următoare(-are): .....

14.4  Motive: .....

15 Diverse

.....

.....

.....

.....

16 Diverse

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 Ștampila | 17.4 | Data      |
|               |      | .....     |
|               | 17.5 | Semnătura |
|               |      | .....     |

E 001

**INSTRUCȚIUNI**

Formularul trebuie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, 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, indicația 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 Ziua 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.

## ANEXA 2

### la Normele Metodologice

COMUNITĂȚI EUROPENE  
Regulamente de securitate socială  
EEE\*)

A se vedea «Instrucțiuni»  
la pagina 3

E 101 [ ]\*1

### ATESTAT PRIVIND LEGISLAȚIA APLICABILĂ

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: articol 13.2.d; articol 14.1.a; articol 14.2 a; articol 14.2 b; articol 14 bis 1 a), 2 și 4; articol 14 ter 1, 2 și 4; articol 14 quater a; articol 14 sexies; articol 17

Regulamentul (CEE) nr. 574/72; articol 11.1; articol 11 bis. 1; articol 12 bis. 2.a, 5.c și 7.a; articol 12 ter

|     |                                            |                                               |               |
|-----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Lucrător salariat | <input type="checkbox"/> Lucrător independent |               |
| 1.1 | Nume*2 .....                               |                                               |               |
| 1.2 | Prenume*5 .....                            | Nume de anterioare*2 .....                    |               |
| 1.3 | Data nașterii*3 .....                      | Naționalitate .....                           | D.N.I*4 ..... |
| 1.4 | Adresa obișuită                            |                                               |               |
|     | Strada .....                               | Nr. ....                                      | C.P. ....     |
|     | Localitatea .....                          | Cod poștal .....                              | Țara .....    |
| 1.5 | Nr. de identificare*5 .....                |                                               |               |

|     |                                                                                                 |                                                  |              |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| 2.  | <input type="checkbox"/> Angajator                                                              | <input type="checkbox"/> Activitate independentă |              |
| 2.1 | Nume sau denumirea întreprinderii .....                                                         |                                                  |              |
| 2.2 | Nr. de înregistrare*6 .....                                                                     |                                                  |              |
| 2.3 | Angajatorul este o agenție de recrutare da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> |                                                  |              |
| 2.4 | Adresa obișnuită                                                                                |                                                  |              |
|     | Telefon .....                                                                                   | Fax .....                                        | E-mail ..... |
|     | Strada .....                                                                                    | Nr. ....                                         | C.P. ....    |
|     | Localitate .....                                                                                | Cod poștal .....                                 | Țara .....   |

### 3. Asiguratul desemnat mai sus

- 3.1.  a fost ocupat de angajatorul menționat mai sus de la data de .....  
 exercită o activitate salariată de la data de .....  
în .....
- 3.2  este detașat sau va exercita o activitate independentă timp de o perioadă de până la probabil de la ..... la .....
- 3.3.  în întreprinderea(-ile) de mai jos  pe nava de mai jos

|      |                                                               |  |  |
|------|---------------------------------------------------------------|--|--|
| 3.4. | Nume sau denumire/denumiri a întreprinderii sau a navei ..... |  |  |
| 3.5. | Adresa/Adresele .....                                         |  |  |

|                                  |                  |            |
|----------------------------------|------------------|------------|
| Strada .....                     | Nr. ....         | C.P. ....  |
| Localitatea .....                | Cod poștal ..... | Țara ..... |
| Strada .....                     | Nr. ....         | C.P. ....  |
| Localitatea .....                | Cod poștal ..... | Țara ..... |
| 3.6. Nr. de identificare*6 ..... |                  |            |

E 101

4. Cine plătește salariul și cotizațiile de securitate socială ale lucrătorului detașat?
- 4.1. Angajatorul desemnat la punctul 2
- 4.2. Întreprinderea desemnată la punctul 3.4
- 4.3. Alte  în acest caz, indicați numele .....
- și
- Adresa
- Strada .....
- Nr. .... C.P. ....
- Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara .....
5. Asiguratul rămâne afiliat la legislația țării [ ]\*1
- 5.1. potrivit dispozițiilor articolului
- 13.2.d
- 14.1.a  14.2.a  14.2.b  14.bis.1.a  14.bis 2
- 14.bis 4  14ter.1  14 ter.2  14 ter.4  14 quater.a
- 14sexies  17
- din regulamentul (CEE) nr. 1408/71
- 5.2.  de la ..... la .....
- 5.3.  pe durata activității (a se vedea scrisoarea autorității competente sau a organismului desemnat în țara de angajare care autorizează asiguratul să rămână afiliat la legislația statului de origine a detașării din data de ..... ref. ....)

|                                                             |                                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 6. Instituția competentă a cărei legislație este aplicabilă |                                               |
| 6.1                                                         | Denumirea ..... Număr de cod*7 .....          |
| 6.2                                                         | Adresa                                        |
|                                                             | Telefon ..... Fax ..... E-mail .....          |
|                                                             | Strada ..... Nr. .... C.P. ....               |
|                                                             | Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara ..... |
| 6.3                                                         | Ștampila                                      |
|                                                             | 6.4 Data                                      |
|                                                             | .....                                         |
|                                                             | 6.5 Semnătura                                 |
|                                                             | .....                                         |

E 101

**INSTRUCȚIUNI**

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

Instituția desemnată de statul membru la a cărui legislație este afiliat lucrătorul completează formularul, la cererea lucrătorului sau a angajatorului său și îl adresează solicitantului. Dacă lucrătorul este detașat în Belgia, în Olanda, în Finlanda, în Suedia sau în Islanda, aceasta va adresa de asemenea un exemplar din formular: în Belgia, Oficiului Național de securitate socială, la Bruxelles, dacă este vorba de lucrători salariați; institutului național de asigurări sociale pentru lucrătorii independenți, la Bruxelles, dacă este vorba de lucrători independenți; Casei de salvări și prevedere a marinarilor, la Anvers, dacă este vorba de marinari, sau la Serviciul de relații internaționale din ministerul afacerilor sociale, dacă este vorba de un funcționar; în Olanda, la Verzekeringsbank (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen; în Finlanda, la l'Elaketurvakeskus (Institutul central de asigurare de pensie), la Helsinki; în Suedia, la Riksforsakringsverket (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm; în Islanda, la Tryggingastofnun ríkisins (Institutul național de securitate socială) la Reykjavik.

#### Indicații pentru asigurat

Înainte de plecare pentru a lucra într-un stat membru altul decât cel în care sunteți asigurat, solicitați eliberarea, după caz, unui formular E 128 sau a unui formular E 106 de către instituția dumneavoastră de asigurare de boală-maternitate. Dacă dumneavoastră sau un membru de familie aveți nevoie de prestații în natură (spre exemplu: îngrijiri medicale, medicamente, spitalizare, etc.) în țara în care lucrați, trebuie să urmați instrucțiunile indicate în formularul respectiv. Dacă sunteți în posesia unui formular E 106 trebuie să-l prezentați cât mai repede posibil la institutul de asigurare de boală-maternitate competent de la locul de angajare. Dacă sunteți în posesia unui formular E 128, îl păstrați până în momentul în care veți avea nevoie de un tratament medical. Dacă nu sunteți în posesia acestui formular, instituția de asigurare de boală-maternitate de la locul în care lucrați trebuie să-l solicite instituției la care sunteți asigurat.

#### Indicații pentru angajatori

Statul membru care primește o cerere de aplicare a articolelor mai sus menționate 14.1, 14 ter 1 sau 17 din regulamentul (CEE) nr. 1408/71 trebuie să informeze angajatorul și lucrătorul în cauză cu privire la condițiile în care lucrătorul detașat va putea continua să rămână afiliat legislației sale.

Angajatorul trebuie să fie informat cu privire la eventuale controale care pot fi efectuate în timpul perioadei de detașare, în vederea verificării că aceasta nu s-a încheiat. Aceste controale pot să fie axate pe plata cotizațiilor și pe menținerea relației directe. În plus, angajatorul lucrătorului detașat trebuie să informeze instituția competentă din statul de origine a detașării cu privire la orice schimbare intervenită în cursul perioadei de detașare, în special:

- dacă detașarea solicitată nu a avut loc sau dacă prelungirea solicitată a detașării nu a avut loc,
- dacă detașarea a fost întreruptă, cu excepția cazului în care întreruperea activităților lucrătorului în cadrul întreprinderii în țara de angajare are caracter pur temporar,
- dacă lucrătorul detașat a fost afectat de angajatorul său unei alte întreprinderi în statul de angajare.

În primele două cazuri, va trebui să trimită prezentul formular instituției competente din statul de origine a detașării.

#### Indicații pentru instituția de la locul de ședere

Dacă persoana în cauză este în posesia atestatului potrivit (E 128 sau E 106), instituția de asigurare din țara de ședere îi va acorda, cu titlu provizoriu, prestațiile în caz de accidente de muncă

sau boli profesionale. In acest caz, dacă respectiva instituție are nevoie de formularul E 123, ea se va adresa cât mai curând posibil:

în Belgia, pentru lucrătorii salariați, în caz de boli profesionale, la Fondul de boli profesionale, la Bruxelles, și, în caz de accidente de muncă, la compania de asigurări indicată de angajator;

în Danemarca, la «Arbejdsskadestyrelsen» (Consiliul național pentru accidente de muncă), la Copenhaga;

în Germania, «Berufsgenossenschaft» (Instituția de asigurare împotriva accidentelor) competentă;

în Spania, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social» (Direcția provincială a institutului național de securitate socială);

în Irlanda, la «Department of Health, Planning Unit» (Ministerul muncii, unitatea planificare), la Dublin 2;

în Italia, la sediul provincial competent al «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (Institutul național de asigurare împotriva accidentelor de muncă);

în Luxemburg, la Asociația de asigurare împotriva accidentelor;

în Olanda, la «Sociale Verzekeringsbank» (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen;

în Austria, la instituția de asigurare împotriva accidentelor competentă;

în Portugalia, la «Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais» (Centrul național pentru protecția împotriva riscurilor profesionale), la Lisabona;

în Finlanda, la «Tampereen Vakuutuslaitosten Liitto» (Federația instituțiilor de asigurare împotriva accidentelor), Bulevardi 28,00120 Helsinki;

în Suedia, la «Forsäkringskassan» (Oficiul asigurărilor sociale);

în toate celelalte state membre, instituției de asigurare de boală competentă;

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

în Liechtenstein, la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul economiei naționale), la Vaduz;

în Norvegia, la «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Oficiul național al asigurărilor sociale în străinătate), la Oslo.

Dacă lucrătorul este afiliat regimului francez de securitate socială, pentru a recunoaște drepturile la prestații casa competentă este casa de afiliere, care nu poate fi cea care figurează pe formularul E 101. Formularele E 128 sau E 123 vor trebui să fie, dacă este nevoie, solicitate casei de la locul obișnuit de reședință al lucrătorului.

Dacă un lucrător independent este afiliat unui regim finlandez sau islandez de securitate socială, este mereu necesar să se solicite un formular E 123.

dacă un lucrător care este afiliat unui regim islandez de securitate socială suferă un accident de muncă sau este atins de o boală profesională, angajatorul trebuie să comunice mereu acest lucru instituției competente.

E 101

#### NOTE

(\*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială: conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru, Islanda, Liechtenstein și Norvegia.

\*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 = Olanda; A = Austria; P = Portugalia; FIN = Finlanda, S = Suedia; GB = Regatul Unit; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

\*2 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.

\*3 Ziua și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01.08.1921).

\*4 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. In lipsă, indicați «fără obiect».

\*5 Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației belgiene, indicați numărul de înregistrare de securitate socială al lucrătorului (NISS).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației daneze, indicați numărul CPR.

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației olandeze, indicați numărul SOFI.

\*6 Vă rugăm să precizați maximul de informații care să permită identificarea angajatorului sau a întreprinderii lucrătorului independent.

In cazul unui vas, precizați numele acestuia și numărul său de înregistrare.

Pentru Belgia, precizați pentru lucrătorii salariați, numărul de înregistrare ONSS al angajatorului și, pentru lucrătorii independenți, numărul de TVA.

Pentru Danemarca, precizați numărul SE.

Pentru Germania, precizați «Betriebsnummer des Arbeitgebers».

Pentru Franța, precizați numărul SIRET.

Pentru Spania, precizați «Codigo de Cuenta de Cotizacion del Empresario CCC» (codul contului de contribuții al angajatorului).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației finlandeze în materie de accidente de muncă, vă rugăm să indicați numele instituției de asigurare privind accidentele de muncă competentă.

Pentru Norvegia, indicați numărul organizației.

\*7 De completat dacă există.

### ANEXA 3

#### la Normele Metodologice

COMUNITĂȚI EUROPENE  
Regulamente de securitate socială  
EEE\*)

A se vedea «Instrucțiuni»  
la pagina 3

E 102 [ ]\*1

#### PRELUNGIREA DETAȘĂRII SAU A ACTIVITĂȚILOR INDEPENDENTE

Regulamentul 1408/71; articol 14.1.b; articol 14 bis.1.b; articol 14 ter.1 și 2

Regulamentul 574/72; articol 11.2 și 11 bis. 2

A. De completat de angajator sau de lucrătorul independent

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 1.  | Instituția destinatară*2 |
| 1.1 | Denumirea                |

|     |                                               |
|-----|-----------------------------------------------|
| 1.2 | Adresa .....                                  |
|     | Telefon ..... Fax .....                       |
|     | Strada ..... Nr. .... C.P. ....               |
|     | Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara ..... |

|     |                                               |                                               |                |
|-----|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Lucrător salariat    | <input type="checkbox"/> Lucrător independent |                |
| 2.1 | Nume*3 : .....                                |                                               |                |
| 2.2 | Prenume .....                                 | Nume anterioare*3 .....                       |                |
| 2.3 | Data nașterii*4 .....                         | Naționalitatea .....                          | D.N.I.*5 ..... |
| 2.4 | Adresa obișnuită .....                        |                                               |                |
|     | Strada ..... Nr. .... C.P. ....               |                                               |                |
|     | Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara ..... |                                               |                |
| 2.5 | Nr. de înregistrare*6 : .....                 |                                               |                |

3. Asiguratul desemnat mai sus  
 a fost detașat  
 exercită o activitate independentă conform dispozițiilor articolului:
- 3.1  14.1.a  14.bis.1.a  14.ter.1  14.ter.2 din  
regulamentul 1408/71
- 3.2 pentru perioada de la ..... la .....
- 3.3  în întreprinderea(-ile) de mai jos  pe vasul de mai jos

|      |                                                         |
|------|---------------------------------------------------------|
| 3.4. | Numele sau denumirea întreprinderii sau a vasului ..... |
| 3.5. | Adresa .....                                            |
|      | Telefon ..... Fax .....                                 |
|      | Strada ..... Nr. .... C.P. ....                         |
|      | Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara .....           |
| 3.6. | Nr. de identificare*7 .....                             |

E 102

4. Asiguratul era posesorul unui atestat privind legislația aplicabilă (formularul E 101)
- 4.1 Eliberat de instituția următoare:  
Denumirea .....

|  | Strada ..... Nr. .... C.P. .... |
|  | Localitatea ..... Cod poștal ..... Țara ..... |
| 4.2 | în data de ..... și care expiră în data de ..... |
| 5. | Solicităm continuarea afilierei asiguratului la legislația [  ]  din țară\*1 |
| 5.1 | pentru perioada de la ..... la .....\*8 |

|     |                                    |                                                  |
|-----|------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 6.  | <input type="checkbox"/> Angajator | <input type="checkbox"/> Activitate independentă |
| 6.1 | Nume sau denumire .....            |                                                  |

|     |                       |                             |
|-----|-----------------------|-----------------------------|
| 6.2 | Nr. de identificare*7 | .....                       |
| 6.3 | Adresa                | .....                       |
|     | Telefon .....         | Fax .....                   |
|     | Strada .....          | Nr. .... C.P. ....          |
|     | Localitatea .....     | Cod poștal ..... Țara ..... |
| 6.4 | Ștampila              | 6.5 Data                    |
|     |                       | .....                       |
|     |                       | 6.6 Semnătura               |
|     |                       | .....                       |

B. De completat de autoritatea competentă sau de organismul desemnat din țara de angajare\*9

7. Declaram:

7.1.  că suntem de acord  că nu suntem de acord  
ca asiguratul citat în rubrica 2 să rămână afiliat la legislația de securitate socială din țara

[            ]\*1

7.2. pe perioada de la ..... la .....

E 102

|     |                                                                     |                             |
|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 8.  | Autoritatea competentă sau organismul desemnat din țara de angajare |                             |
| 8.1 | Denumirea .....                                                     | Număr de cod*10 .....       |
| 8.2 | Adresa                                                              | .....                       |
|     | Telefon .....                                                       | Fax .....                   |
|     | Strada .....                                                        | Nr. .... C.P. ....          |
|     | Localitatea .....                                                   | Cod poștal ..... Țara ..... |
| 8.3 | Ștampila                                                            | 8.4 Data                    |
|     |                                                                     | .....                       |
|     |                                                                     | 8.5 Semnătura               |
|     |                                                                     | .....                       |

## INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie completat cu litere de tipar (în patru exemplare), 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.

Indicații pentru angajator sau pentru lucrătorul independent

(a) Angajatorul sau lucrătorul independent trebuie să completeze partea A a formularului în 4 exemplare pe care le va trimite autorității competente sau organismului desemnat din țara în care lucrătorul a fost detașat sau în care exercită o activitate independentă, respectiv:

în Belgia, pentru lucrătorii salariați, Oficiul național de securitate socială, la Bruxelles; pentru lucrătorii independenți, Institutul național de asigurări sociale pentru lucrătorii independenți, la Bruxelles; pentru marinari, Casa de salvări și de prevedere a marinarilor, la Anvers.

în Danemarca, «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» (Oficiul național de securitate socială și de asistență socială), la Copenhaga,

în Germania, «Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland» (Organismul de legătură pentru asigurarea de boală - străinătate), la Bonn,

în Grecia, oficiul regional sau local al institutului de asigurări sociale (IKA), pentru lucrătorii salariați, casa de pensii a marinarilor (NAT), pentru marinari; instituția desemnată pentru fiecare categorie profesională în anexa 10 - F Grece, regulamentul (CEE) nr. 574/72, pentru lucrătorii independenți,

în Spania, «Tesoreria General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales» (Trezoreria centrală de securitate socială - Ministerul muncii și afacerilor sociale), la Madrid,

în Franța, Direcția regională a afacerilor sanitare și sociale și, pentru lucrătorii salariați în domeniul agriculturii, Direcția regională a agriculturii și pădurilor - Serviciul regional de inspecție a muncii, de ocupare și politică socială,

în Irlanda, «Department of Social Welfare, PRSI Special Collection Section» (Ministerul prevederii sociale, secția specială de colectare PRSI), la Dublin 2,

în Italia, «Ministero del Lavoro e della previdenza sociale» (Ministerul muncii și prevederii sociale), la Roma,

în Luxemburg, Inspecția generală de securitate socială, la Luxemburg,

în Olanda, «Sociale Verzekeringsbank» (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen,

în Austria, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Ministerul federal al muncii, sănătății și afacerilor sociale), la Viena.

în Portugalia, pentru continent: «Departamento de Relacoes Internacionais de Seguranca Social» (Departamentul de relații internaționale și de securitate socială), la Lisabona; pentru Madeira: «Secretario Regional dos Assuntos Sociais» (Secretarul regional al afacerilor sociale), la Funchal, pentru Acores: «Direccao Regional de Seguranca Social» (Direcția regională de securitate socială), la Angra do Heroísmo,

în Finlanda, «Elaketurvakeskus» (Institutul central de asigurare de pensie), la Helsinki,

în Suedia, «Riksforsakringsverket» (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm,

în Marea Britanie, «Contributions Agency DSS, International Services» (Biroul de cotizații - Ministerul securității sociale, serviciul internațional), la Newcastle-upon-Tyne, sau «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Biroul de securitate socială în Irlanda de Nord, serviciul internațional), la Belfast, după caz,

în Islanda, «Tryggingastofnun rikisins» (Institutul național de securitate socială), la Reykjavik,

în Liechtenstein, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul economiei naționale), la Vaduz,

în Norvegia, «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Oficiul național al asigurărilor sociale în străinătate), la Oslo.

E 102 |

b) Două exemplare din formular, completat în partea B, vor fi trimise angajatorului sau lucrătorului independent. Angajatorul va da un exemplar al formularului lucrătorului salariat.

c) Statul membru care primește o solicitare de aplicare a articolelor menționate mai sus 14.1 sau 14ter.1 din regulamentul (CEE) nr. 1408/71 trebuie să informeze angajatorul și lucrătorul în cauză cu privire la condițiile în care lucrătorul detașat va putea rămâne afiliat la legislația sa.

Angajatorul trebuie să fie informat cu privire la eventuale controale care pot fi efectuate în timpul perioadei de detașare, în vederea verificării că aceasta nu s-a încheiat. Aceste controale pot să fie axate pe plata cotizațiilor și pe menținerea relației directe.

În plus, angajatorul lucrătorului detașat trebuie să informeze instituția competentă din statul de origine a detașării cu privire la orice schimbare intervenită în cursul perioadei de detașare, în special:

- dacă detașarea solicitată nu a avut loc sau dacă prelungirea solicitată a detașării nu a avut loc,
- dacă detașarea a fost întreruptă, cu excepția cazului în care întreruperea activităților lucrătorului în cadrul întreprinderii în țara de angajare are caracter pur temporar,
- dacă lucrătorul detașat a fost afectat de angajatorul său unei alte întreprinderi în statul de angajare.

În primele două cazuri, va trebui să trimită prezentul formular instituției competente din statul de origine a detașării.

#### NOTE

(\*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială: conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru, Islanda, Liechtenstein și Norvegia.

\*1 Sigla țării în care întreprinderea își are sediul: B = Belgia; DK = Danemarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spania; F = Franța; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburg; NL = Olanda; A = Austria; P = Portugalia; FIN = Finlanda; S = Suedia; GB = Marea-Britanie; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

\*2 A se vedea indicațiile date la punctul a) potrivit «Indicații pentru angajator sau pentru lucrătorul independent».

\*3 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.

\*4 Ziua și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01.08.1921).

\*5) 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»..

\*6 Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației belgiene, indicați numărul de înregistrare de securitate socială al lucrătorului (NISS).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației daneze, indicați numărul CPR.

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației olandeze, indicați numărul SOFI.

\*7 Vă rugăm să precizați maximul de informații care să permită identificarea angajatorului sau a întreprinderii lucrătorului independent.

În cazul unui vas, precizați numele acestuia și numărul său de înregistrare.

Pentru Belgia, precizați pentru lucrătorii salariați, numărul de înregistrare ONSS al angajatorului și, pentru lucrătorii independenți, numărul de TVA.

Pentru Danemarca, precizați numărul SE.

Pentru Germania, precizați «Betriebsnummer des Arbeitgebers».

Pentru Franța, precizați numărul SIRET.

Pentru Spania, precizați «Codigo de Cuenta de Cotizacion del Empresario CCC» (codul contului de contribuții al angajatorului).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației finlandeze în materie de accidente de muncă, vă rugăm să indicați numele instituției de asigurare privind accidentele de muncă competentă.

Pentru Norvegia, indicați numărul organizației

\*8 Această perioadă nu poate depăși 24 luni de la data începerii detașării sau activității independente.

\*9 Două exemplare trebuie să fie restituite solicitantului, un exemplar trebuie trimis instituției desemnate în țara în care întreprinderea își are sediul.

\*10 A se completa dacă există.

## ANEXA 4

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ PENTRU  
SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 103

RO \*1

#### EXERCITAREA DREPTULUI DE OPȚIUNE

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: articol 16(2) și (3);

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: articol 13(2) și 13(3); articol 14(1) și 14(2)

După completarea părții A a formularului conform punctelor a) și b) din instrucțiuni, persoana asigurată trebuie să depună sau să remită formularul conform punctelor a) și c) din instrucțiuni. Instituția care primește formularul trebuie să completeze partea B și să trimită un exemplar persoanei asigurate.

Formularul trebuie completat cu majuscule (în triplu exemplar), solosindu-se numai liniile punctate. Cuprinde 3 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi eliminată.

#### A. Opțiune

|        |                                                                                                                                                                                               |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.     | Subsemnatul                                                                                                                                                                                   |
| 1.1    | Nume*2 :.....                                                                                                                                                                                 |
| 1.2    | Prenume*3 :.....                                                                                                                                                                              |
| 1.3    | Nume purtat(e) anterior: .....                                                                                                                                                                |
| 1.4    | Data nașterii: .....                                                                                                                                                                          |
| 1.5    | Cetățenie: .....                                                                                                                                                                              |
| 1.6    | Codul personal de identificare*4 .....                                                                                                                                                        |
| 2.     | Angajat de la: .....                                                                                                                                                                          |
| 2.1.*4 | <input type="checkbox"/> în calitate de: .....la misiunea diplomatică sau oficiul consular menționat în cele ce urmează:                                                                      |
| 2.2.*4 | <input type="checkbox"/> ca: .....<br>În rândul personalului privat al următorului angajator(*5):.....<br>agent al misiunii diplomatice sau oficiului consular menționat în continuare: ..... |
| 2.3.   | <input type="checkbox"/> ca membru al personalului auxiliar al Comunității Europene                                                                                                           |
| 3.     | Optează prin prezenta să se supună legislației de securitate socială                                                                                                                          |
| 3.1.*6 | <input type="checkbox"/> a Statului de cetățenie                                                                                                                                              |
| 3.2.*6 | <input type="checkbox"/> a statului la a cărui legislație a fost supus ultima dată și anume legislației din:                                                                                  |

- |                                     |                                         |                                    |                                    |                                          |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Belgia     | <input type="checkbox"/> Republica Cehă | <input type="checkbox"/> Danemarca | <input type="checkbox"/> Germania  | <input type="checkbox"/> Estonia         |
| <input type="checkbox"/> Grecia     | <input type="checkbox"/> Spania         | <input type="checkbox"/> Franța    | <input type="checkbox"/> Irlanda   | <input type="checkbox"/> Italia          |
| <input type="checkbox"/> Cipru      | <input type="checkbox"/> Letonia        | <input type="checkbox"/> Lituania  | <input type="checkbox"/> Luxemburg | <input type="checkbox"/> Ungaria         |
| <input type="checkbox"/> Malta      | <input type="checkbox"/> Olanda         | <input type="checkbox"/> Austria   | <input type="checkbox"/> Polonia   | <input type="checkbox"/> Slovenia        |
| <input type="checkbox"/> Portugalia | <input type="checkbox"/> Slovacia       | <input type="checkbox"/> Finlanda  | <input type="checkbox"/> Suedia    | <input type="checkbox"/> Regatul Unit al |
| <input type="checkbox"/> Islanda    | <input type="checkbox"/> Liechtenstein  | <input type="checkbox"/> Norvegia  | <input type="checkbox"/> Elveția   | Marii Britanii                           |

4. Locul și data:.....

5. Semnătura: .....

6. Autoritatea Comunităților Europene care a încheiat contractul cu un membru al personalului auxiliar:

6.1. Denumire: .....

6.2. Adresă: .....

6.3. Ștampilă

6.4. Dată: .....

6.5. Semnătură:

.....

E 103

B. Am luat cunoștință de faptul că persoana menționată la rubrica (1) este supusă legislației din (\*6):

- |                                   |                                         |                                    |                                    |                                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Belgia   | <input type="checkbox"/> Republica Cehă | <input type="checkbox"/> Danemarca | <input type="checkbox"/> Germania  | <input type="checkbox"/> Estonia         |
| <input type="checkbox"/> Grecia   | <input type="checkbox"/> Spania         | <input type="checkbox"/> Franța    | <input type="checkbox"/> Irlanda   | <input type="checkbox"/> Italia          |
| <input type="checkbox"/> Cipru    | <input type="checkbox"/> Letonia        | <input type="checkbox"/> Lituania  | <input type="checkbox"/> Luxemburg | <input type="checkbox"/> Ungaria         |
| <input type="checkbox"/> Malta    | <input type="checkbox"/> Olanda         | <input type="checkbox"/> Austria   | <input type="checkbox"/> Polonia   | <input type="checkbox"/> Portugalia      |
| <input type="checkbox"/> Slovenia | <input type="checkbox"/> Slovacia       | <input type="checkbox"/> Finlanda  | <input type="checkbox"/> Suedia    | <input type="checkbox"/> Regatul Unit al |
| <input type="checkbox"/> Islanda  | <input type="checkbox"/> Liechtenstein  | <input type="checkbox"/> Norvegia  | <input type="checkbox"/> Elveția   | Marii Britanii                           |

7.1. De la data de:.....

7.2. Pe parcursul perioadei în care a desfășurat activitatea menționată în partea A a prezentului formular (\*7):

8. Instituția desemnată de autoritatea competentă

8.1. Denumire: .....

8.2. Număr de identificare al instituției: .....

8.3. Adresă: .....

8.4. Ștampilă

8.5. Dată: .....

8.6. Semnătură:

.....

Pentru misiunile diplomatice sau oficiile consulare și personalul de serviciu al acestora

a) După completarea părții A a formularului, cu excepția secțiunii 6, trebuie să remiteți angajatorului dvs, un exemplar al formularului și să transmiteți două exemplare instituției desemnate de autoritatea competentă a statului pentru a cărui legislației ați optat, și anume:

în Belgia "Office național de securile sociale" (Oficiului Național de Securitate Socială), din Bruxelles;

în Republica Cehă, "Ceska sprava socialniho zabezpeceni" (Administrației Cehe de Securitate Socială), din Praga;

în Danemarca, «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Agenției Naționale de Securitate Socială), din Copenhaga;

în Germania, Oficiului din Bonn al "Krankekasse" (Fondului de Asigurări de Boală), pentru care a optat persoana asigurată, din Bonn;

în Estonia, "Sotsiaalkindlustusamet" (Consiliului de Asigurări Sociale), din Tallinn;

în Grecia, filialei regionale sau locale a Institutului de Asigurări Sociale (IKA);

în Spania, «Tesoreria General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales» (Trezoreriei Centrale de Securitate Socială - Ministerul Muncii și Securității Sociale), din Madrid;

în Franța, "Caisse primaire d'assurance maladie" (Fondului de Asigurări de Boală), Paris;

în Irlanda, "Department of Social and Family Affairs" (Departamentului Afacerilor Sociale și Familiale), Dublin;

în Italia, oficiului local competent al "Istituto nazionale della previdenza sociale INPS". (Institutului Național de Prevederi Sociale);

în Letonia, "Valsts socialas apdrošināšanas aģentūra" (Agenției de Asigurări Sociale de Stat);

în Lituania, "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyha" (Consiliului Fondului Național de Securitate Socială), din Vilnius;

în Luxemburg, "Centre commun de la securite sociale" (Centrului comun de securitate socială), din Luxemburg;

în Ungaria, "Fovarosi es Pest Megyei Egeszsegbiztositasi Penztar" (Fondului Regional de Asigurări de Boală pentru regiunea Pesta și capitală), din Budapesta;

în Malta "Dipartiment tas-Sigurta 'Socjali" (Departamentului securității sociale)", 38, din Valletta;

în Olanda, «Sociale Verzekeringsbank» (Băncii de Asigurări Sociale), din Amstelveen;

în Austria, instituției competente în materie de asigurări de boală, din Viena;

în Polonia, "Zaklad Ubezpieczen Spolecznych - ZUS" (Instituției de Asigurări Sociale), din Varșovia;

în Portugalia, "Departamento de Relacoes Internacionais de Seguranca Social" (Departamentului de relații internaționale și convenții de securitate socială), din Lisabona;

în Slovenia, instituției regionale competente a "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Institutului de Asigurări de Sănătate din Slovenia).

în Slovacia, "Socialna poisťovna" (Agenției de Asigurări Sociale)", la Bratislava,

în Finlanda, "Elaketurvakeskus" (Centrului finlandez pentru pensii), din Helsinki;

în Suedia, "Forsakringskassant", Huvudkontoret (Oficiului Central al Agenției Suedeze de Asigurări Sociale), din Stockholm;

în Regatul Unit al Marii Britanii, "The Inland Revenue Center for Non-Residents" (Centrului de venituri interne pentru cetățenii străini, Benton Park View, din Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ;

în Islanda, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutului de stat pentru securitate socială), din Reykjavik;

în Liechtenstein, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiului de economie națională), din Vaduz;

în Norvegia, «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Oficiului național de asigurări sociale în străinătate), din Oslo;

în Elveția, "Caisse federale de Compensation" (Fondului Federal de Compensare), din Berna

Pentru autoritatea Comunităților Europene împuternicită să încheie contracte de muncă cu personalul auxiliar

b) În cazul în care o persoană angajată ca membru al personalului auxiliar își exprimă dorința de a face uz de dreptul de opțiune, autoritatea împuternicită a Comunităților Europene trebuie să se asigure de faptul că persoana în cauză completează partea A a formularului, cu excepția punctului 6, care urmează a fi completat de către autoritatea în cauză.

c) Două exemplare ale formularului vor fi transmise instituției desemnate de către autoritatea competentă a Statului Membru pentru a cărui legislație a optat persoana în cauză (vezi pct. a) de mai sus).

#### NOTE

\*1 Sigla statului în care își are sediul instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; 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 = Olanda; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda, SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.

\*2 A se preciza toate numele de familie așa cum sunt înscrise în actele de stare civilă.

\*3 A se preciza toate prenumele așa cum sunt înscrise în actele de stare civilă.

\*4 Pentru lucrătorii supuși legislației belgiene, a se indica numărul național de înregistrare.

Pentru lucrătorii supuși legislației spaniole, a se indica numărul de securitate socială.

Pentru lucrătorii supuși legislației malteze, a se indica numărul cardului de identitate, în cazul cetățenilor maltezi sau numărul maltez de securitate socială în cazul cetățenilor străini.

Pentru lucrătorii supuși legislației slovace, a se indica numărul slovac de înregistrare a nașterii, dacă există

Pentru lucrătorii supuși legislației poloneze, a se indica numerele PESEL și NIP sau, în cazul în care aveți un astfel de număr, seria și numărul cardului de identitate sau al pașaportului.

\*5 A se indica numele și prenumele angajatorului.

\*6 A se marca cu un "x" căsuța corespunzătoare statului respectiv. Vă rugăm să aveți în vedere faptul că angajații misiunilor diplomatice sau ai oficiilor consulare, precum și membrii personalului privat de serviciu al agenților acestor misiuni sau consulatelor pot opta doar pentru legislația de securitate socială a statului de cetățenie.

\*7 Dreptul de opțiune al angajaților misiunilor diplomatice sau ai oficiilor consulare, precum și al membrilor personalului privat de serviciu al agenților acestor misiuni sau consulatelor poate fi exercitat la sfârșitul fiecărui an calendaristic.

## ANEXA 5

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 104

\*1

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. 574/72: 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<br>.....                                                                                                      |
| 2.2 | Prenume*3<br>.....                                                                                                   |
|     | Data nașterii<br>.....                                                                                               |
| 2.3 | Nume anterioare :.....                                                                                               |
| 2.4 | Număr de identificare personal:<br>.....                                                                             |
| 2.5 | De la data indicată la rubrica 3.1, asiguratul a exercitat o activitate<br>[ ] salariată [ ] independentă în*4 ..... |
| 2.6 | [ ] Numele ultimului angajator<br>[ ] Ultima activitate independentă<br>.....                                        |
|     | Adresă: .....                                                                                                        |
| 2.7 | [ ] Angajatori anteriori [ ] Activități independente anterioare<br>(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 Începând 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 indicata la rubrica 2
- 5.1  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 .....[*]10                                |  |
| 6.2  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.3  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.4  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.5  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.6  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.7  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.8  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.9  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |
| 6.10 | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10                                |  |

|      |                                                      |  |
|------|------------------------------------------------------|--|
| 7.   | Perioadele de reședință următoare:                   |  |
| 7.1  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.2  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.3  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.4  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.5  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.6  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.7  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.8  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.9  | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]10 |  |
| 7.10 | De la ..... la .....*8 pentru*9 riscul de .....[*]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. Dată: .....      |
|      |                                            | 8.6. Semnătură: ..... |

## 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 statului 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 căsuță, dacă perioada de asigurare sau de reședință corespunde unei perioade de muncă efectivă, și a se preciza natura activității salariate sau independente.

## ANEXA 6

## la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 106

\*1

ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE  
ÎN NATURĂ ALE ASIGURĂRII DE BOALĂ-MATERNITATE  
ÎN CAZUL PERSOANELOR CARE ÎȘI AU REȘEDINȚA  
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<br>.....                                                               |
| 2.2  | Prenume*4<br>.....                                                            |
|      | Data nașterii<br>.....                                                        |
| 2.3  | Nume anterioare: .....                                                        |
| 2.4  | Adresa în țara de reședință:<br>.....                                         |
| 2.5  | Număr de identificare personal: .....                                         |
| 2.6  | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător salariat                 |
| 2.7  | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător independent              |
| 2.8  | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salarizat)   |
| 2.9  | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent) |
| 2.10 | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj                 |

|     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 3.  | Membrul familiei*5                    |
| 3.1 | Nume*3:<br>.....                      |
| 3.2 | Prenume*4:<br>.....                   |
|     | Data nașterii:<br>.....               |
| 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 păstrază 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 pojistovna», 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, Unita sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu; Pentru marinarii și personalul din aviația civilă. «Ministero della sanita - Ufficio di sanita marittima o aerea» (Ministerul Sănătății -oficiul de sănătate al marinei sau aviației);

în Cipru, «text in limba cipriotă» (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 obligātas 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 Seguranca Social» (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: «Direccao Regional de Seguranca Social» (Direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Azores: «Centro de Prestacoes Pecuniarias» (direcția regională de securitate socială);

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

în Slovacia, «Zdravotna poistovna» (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

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

în Suedia, «Forsakringskassan» (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 rikisins» (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik;

în Liechtenstein, «Amt fur Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

în Norvegia, «Iokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință;

în Elveția, «Institution commune LAMal - istituzionione 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 statutului 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 înscrisi, 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.

## ANEXA 7

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 107

\*1

#### 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. | [ ] 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  Titular  Solicitant  
 de pensie sau rentă de  
 bătrânețe  invaliditate  urmaș  
 accident de muncă  boală profesională  
 2.7 Instituția debitoare a pensiei sau rentei  
 .....

3.  Ultimul angajator\*5  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 .....  
 .....  
 .....

E 107

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 Asigurări de Sănătate sau Cardul European de Asigurări 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: ..... |

E 107

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:<br>.....<br>.....                      |

|      |                                           |                       |
|------|-------------------------------------------|-----------------------|
| 11.  | Instituția competentă                     |                       |
| 11.1 | Denumire: .....                           |                       |
| 11.2 | Număr de identificare a instituției ..... |                       |
| 11.3 | Adresă: .....                             |                       |
| 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 statului 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.

## ANEXA 8

### la Normele Metodologice

E 108  \*1

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

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 25.3.1; 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 să completeze 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: .....<br>1.2 Număr de identificare a instituției: .....<br>1.3 Adresa .....<br>.....<br>..... |                      |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Lucrător salariat<br><input type="checkbox"/> Lucrător independent<br><input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj<br><input type="checkbox"/> Titular de pensie sau rentă (regim salariați)<br><input type="checkbox"/> Titular de pensie sau rentă (regim independenți)<br><input type="checkbox"/> Solicitant de pensie sau rentă<br><input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salarizat)<br><input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent) |
| 2.1 Nume*2 .....<br>2.2 Prenume*3 ..... Data nașterii .....<br>2.3 Nume anterioare : .....<br>Adresa în țara de reședință .....<br>2.4 Număr de identificare personal*4 ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                  |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 3.                                                                                                                                                                               | Membru al familiei*5 |
| 3.1 Nume*2 .....<br>3.2 Prenume*2 ..... Data nașterii .....<br>3.3 Nume anterioare : .....<br>3.4 Adresa în țara de reședință .....<br>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.  | <input type="checkbox"/> Instituția competentă |     | <input type="checkbox"/> Instituția de la locul de reședință |       |
| 5.1 | Denumire: .....                                |     |                                                              |       |
| 5.2 | Număr de identificare a instituției: .....     |     |                                                              |       |
| 5.3 | Adresa .....                                   |     |                                                              |       |
| 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.  Înscrisura 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.  | <input type="checkbox"/> Instituția de la locul de reședință |     | <input type="checkbox"/> Instituția competentă |       |
| 8.1 | Denumire: .....                                              |     |                                                |       |
| 8.2 | Număr de identificare a instituției: .....                   |     |                                                |       |
| 8.3 | Adresa .....                                                 |     |                                                |       |
| 8.4 | Ștampila                                                     | 8.5 | Data                                           | ..... |
|     |                                                              | 8.6 | Semnătura                                      | ..... |

\*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 statului civil;

\*4 În scopul instituției competente dacă este italiană, indicați codul fiscal

În scopul instituției competente dacă este din Malta, indicați numărul Cardului de identitate în cazul cetățenilor maltezi, sau numărul social de securitate maltez în cazul cetățenilor ce nu sunt din Malta

În scopul instituției competente dacă este din Slovacia, indicați data de naștere în cazul aplicației

În scopul instituției competente dacă este spaniolă, indicați numărul de pe DNI în cazul cetățenilor spanioli, numărul de pe NIE în cazul cetățenilor ce nu sunt spanioli. Dacă perioada de valabilitate a DNI sau NIE a expirat, nu completați.

\*5 A se completa dacă membrii ai familiei sunt avuți în vedere de încheierea dreptului la prestații.

\*6 Motivele întreruperii/retragerii trebuie specificate, utilizând literele de mai jos:

a) Titularul a început o activitate în statul de reședință.

b) Un membru al familiei a început o activitate în statul de reședință.

c) Contribuțiile nu au fost plătite.

d)

Altele.

## ANEXA 9

### la Normele Metodologice

E 109

\*1

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

### ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA MEMBRILOR FAMILIEI PERSONEI 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, Internaționale 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<br>.....                                                       |                        |
| 2.2 | Prenume*4<br>.....                                                    | Data nașterii<br>..... |
| 2.3 | Nume anterioare<br>.....                                              |                        |
| 2.4 | Adresa: .....                                                         |                        |
| 2.5 | Număr de identificare personal: .....                                 |                        |
| 2.6 | Persoana asigurată <input type="checkbox"/> este lucrător independent |                        |

E 109

|     |                                       |                        |
|-----|---------------------------------------|------------------------|
| 3.  | Membrul familiei                      |                        |
| 3.1 | Nume*3:<br>.....                      |                        |
| 3.2 | Prenume*4<br>.....                    | Data nașterii<br>..... |
| 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 | <input type="checkbox"/> 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 Adresa .....

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

E 109

10 \*9

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

|      | Nume*3 | Prenume*4 | Data nașterii | Nr. 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.<br>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 pojistovna», 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)

E 109

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, Unita sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu

în Cipru, «Text limba cipriotă» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestații în natură în cadrul instituțiilor Medicale Guvernamentale

în Letonia, «Veseltbas obligatas apdrosinasanas valsts agentura» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în Lituania, «"Teritorine 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 Acores: «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centrul pentru drepturi bănești):

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

în Slovacia, «Zdravotna 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

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 - istituzioniune 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 statului 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.

#### ANEXA 10

la Normele Metodologice

E 112  \*1

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

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"/>                                        | Personă asigurată                                          |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Lucrător independent                                       |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Titular de pensie (regim salariați)                        |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Titular de pensie (regim independenți)                     |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Membru al familiei persoanei asigurate                     |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Membru al familiei lucrătorului independent                |
|                          | <input type="checkbox"/>                                        | Membru al familiei titularului de pensie (regim salariați) |
| <input type="checkbox"/> | Membru al familiei titularului de pensie (regim independenți)   |                                                            |
| 1.1                      | Nume*2<br>.....                                                 |                                                            |
| 1.2                      | Prenume*3<br>.....                                              | Data nașterii<br>.....                                     |
| 1.3                      | Nume anterioare :.....                                          |                                                            |
| 1.4                      | Adresa în statul competent: .....                               |                                                            |
| 1.5                      | Adresa în țara în care persoana în cauză se deplasează<br>..... |                                                            |
| 1.6                      | Număr de identificare personal*4.....                           |                                                            |

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

ale asigurării de boala-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. Respectivale 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 [] va fi trimis la cerere  
4.4 [] nu a fost întocmit

5. Instituția competentă

5.1 Denumire: .....  
5.2 Număr de identificare a instituției: .....  
5.3 Adresă:.....  
.....  
5.4 Ștampila 5.5 Data  
.....  
5.6 Semnătura  
.....

E 112

#### 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 pojistovna», 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, «Unita sanitaria locale» (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu;

în Cipru, «Text limba cipriotă» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia),

în Letonia, «Veseltbas obligatas apdrosinasanas valsts agentura» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în Lituania, «"Teritorine 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 Serviciului National de Sănătate (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 Austria, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință

în Portugalia, pentru continent: «Administração Regional de Saude» (administrația regională de sănătate) de la locul de reședință sau de ședere; Madeira: «Direcção Regional de Saude Publica» (direcția regională de sănătate publică), la Funchal; pentru Azores: Direcção Regional de Saude» (direcția regională de sănătate) la locul de ședere;

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

în Slovacia, «Zdravotna poistovna» (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate. Pentru drepturi bănești, «Sociana poistovna»

în Finlanda, oficiul local al «Kansanelakelaitos» (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 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 - istituzioni commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituția Comuna 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 statului civil;

\*3 A se indica numai atunci când formularul îl privește pe lucrătorul sau pensionarul însuși.

\*4 A se indica numărul persoanei asigurate dacă membrul familiei nu are număr 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.

## ANEXA 10A

### la Normele Metodologice

Număr de înregistrare în unitatea sanitară .....

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| AVIZAT*)<br>Casa de Asigurări de Sănătate<br>Medic-șef<br><br>(data, semnătura, ștampila) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|

\*) Avizul medicului-șef al casei de asigurări de sănătate certifică faptul că serviciul medical recomandat a fi efectuat se regăsește în pachetul de servicii de bază acordat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

#### RAPORT

medical al pacientului care solicită Formularul E 112 -

Atestat privind menținerea prestațiilor în curs  
pentru asigurarea de boală - maternitate

1. Medicul ...../(nume, prenume)....., medic specialist în specialitatea ....., cu gradul profesional universitar ....., secția ....., din Spitalul clinic universitar/județean .....

2. Pacientul ..../(nume, prenume)....., CNP ....., cu domiciliul .....

3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de .....

4. A fost internat cu ultima Foaie de observație nr. ....

5. A fost diagnosticat cu .....

6. Prezentarea unui scurt istoric al afecțiunilor și al tratamentelor efectuate:

.....

.....

.....

7. Serviciile medicale recomandate a fi realizate .....

.....

.....

.....

În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de formularul E 112 - Atestat privind menținerea prestațiilor în curs, aferente asigurării de boală și maternitate, care va permite persoanei interesate să beneficieze de prestațiile în natură de boală și maternitate în noul său stat de reședință, deoarece:

a) îngrijirile solicitate figurează printre prestațiile din România (pentru persoanele asigurate în vederea autorizării deplasării pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene pentru a primi tratamentul adecvat stării de sănătate, serviciul medical face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România);

b) îngrijirile solicitate nu pot fi acordate în niciuna dintre unitățile sanitare din România într-un termen rezonabil în raport cu starea bolnavului și evoluția probabilă a bolii, deoarece (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util) .....

.....  
.....

c) deplasarea NU este de natură să compromită starea de sănătate a bolnavului sau aplicarea tratamentului medical (se explicitează și argumentează)

.....  
.....

d) perioada maximă în care este indicată acordarea serviciului medical (argumentare)

.....

.....  
.....

La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri medicale din care rezultă diagnosticul pentru care se solicită formularul E 112: .....

.....  
.....

Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic universitar aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

8. Întocmit de - MEDIC

Nume ..... Semnătură și parafă .....

9. Pentru conformitate - ȘEF SECȚIE

Nume ..... Semnătură și parafă .....

10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

Nume ..... Semnătură și ștampila spitalului

.....

NOTĂ: Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate):

-----  
Anexa 10A a fost înlocuită cu anexa 1 din ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 312 din 12 mai 2009, conform pct. 4 al art. I din același act normativ.

## ANEXA 11

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 115

\*1

### 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 articolul 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
- spitalizare de la ..... la ..... (datele) într-un spital sau într-un  
centru de prevenire sau reabilitare
- incapacitate de muncă
- din cauza
- 4.1.  unei boli  maternității (data presupusă a  
nașterii: .....)
- unui accident de muncă  unui accident produs la .....(data)
- unei boli profesionale  unei adopții  reducerii indemnizației  
în caz de maternitate  
și adopție

E 115

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

6. După părerea medicului nostru  al cărui raport se găsește în anexă  
examinator  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 Prelungirea 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 de ..... inclusiv.

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  
.....

E 115

#### Indicații pentru asigurat

În Italia trebuie să înmânați acest formular, în caz de boală sau maternitate biroului local al "Istituto nazionale della provvidenza sociale" (INPS, National Social Welfare Institute), iar în cazul accidentelor de muncă și bolilor profesionale către "Istituto 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 Bezigrad, 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 careia 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 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 Vă rugăm atașați 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.

**ANEXA 11A**

la Normele Metodologice

|                                            |                            |                                          |                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Data completării de către CAS<br><br>..... | VIZA PLĂTITORULUI          | Urgență medico                           | Inițial []                                   |
|                                            | Data/Semnătura/Ștampila    | chirurgicală [][][]                      | În continuare []                             |
|                                            | Motivul refuzului la plată | Boli infectocontagioase din grupa A [][] | Seria certificatului inițial: [][][][][][][] |

CERTIFICAT DE INCAPACITATE DE MUNCĂ Seria\* ..... Nr. ....

Valabil pentru luna [][] ..... anul 20[][]  
(În litere)

pt. Cod indemnizație (1-15) [][] .....  
(În litere)

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| Asigurat în evidența CAS .....                                     |
| Numele si prenumele [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][] |
| Cod numeric personal: [][][][][][][][][][][]                       |



---

\* se utilizează codificarea Casei de Asigurări de Sănătate: B pentru CAS Municipiul București; A pentru CAS AOPSNAJ; T pentru CAS MTCT: pentru restul caselor se utilizează codificarea auto

\*\* se completează cu numărul de înregistrare al formularului E 116 la Casa de Asigurări de Sănătate (număr/an)

Cod de indemnizație de asigurări sociale de sănătate:

01 Boală obișnuită ..... 75%  
05 Boală infectocontagioasă din grupa A ..... 100%  
06 Urgență medico-chirurgicală ..... 100%  
08 Sarcină și lăuzie ..... 85%  
12 Tuberculoza ..... 100%  
13 Boală cardiovasculară ..... 75%  
14 Neoplazii, SIDA..... 100%

OBSERVAȚII:

-----  
Formularul prevăzut în anexa 11A a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 575 din 30 aprilie 2009 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 461 din 3 iulie 2009, prin eliminarea sintagmei "FORMULAR CU REGIM SPECIAL" a anexei 2 din ORDINUL nr. 575 din 30 aprilie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 312 din 12 mai 2009.

## INSTRUCȚIUNI

privind utilizarea și completarea certificatelor de incapacitate de muncă pe baza cărora se acordă indemnizații asiguraților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate

1. Certificatele de incapacitate de muncă se completează de către serviciul medical al casei de asigurări, în 3 exemplare, în cazul lucrătorilor salariați, respectiv în două exemplare, în cazul lucrătorilor independenți, cu respectarea tuturor elementelor prevăzute de formular.

1.1. În cazul lucrătorului salariat, după completarea certificatului de incapacitate de muncă 2 exemplare se transmit angajatorului și 1 exemplar va rămâne arhivat la casa de asigurări emitentă;

1.2. După primirea celor două exemplare ale certificatelor de incapacitate de muncă, angajatorul va efectua calculul și plata indemnizației în conformitate cu prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005

privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările ulterioare;

1.3. Angajatorii vor evidenția certificatele de incapacitate de muncă în "Declarația privind obligațiile de plată către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru

contribuția pentru concedii și indemnizații", și vor depune 1 exemplar la casa de asigurări în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul social sau domiciliul, odată cu această declarație sau, după caz, odată cu declarația rectificativă corespunzătoare lunii pentru care au fost acordate. Un exemplar al certificatului rămâne la angajator, atașat la fișa angajatului.

1.4. În cazul șomerilor, prevederile pct. 1.1. - 1.3. se aplică în mod corespunzător, 2 exemplare ale certificatului de incapacitate de muncă fiind transmise agenției județene de ocupare a forței de muncă.

2. În cazul lucrătorului independent, după completarea certificatului de incapacitate de muncă, 1 exemplar va rămâne arhivat la serviciul medical al casei de asigurări iar celălalt exemplar se transmite compartimentului de specialitate în vederea calculării și efectuării plății;

3. Fiecare certificat de concediu medical va fi înseriat și numerotat conform reglementărilor interne ale casei de asigurări emitente.

4. În caz de pierdere a certificatului de concediu medical, casele de asigurări pot elibera un duplicat la cererea plătitorului, menționându-se distinct "DUPLICAT".

5. Necompletarea rubricilor conform prezentelor instrucțiuni și/sau completarea eronată a acestora atrag neplata indemnizației de asigurări sociale de sănătate.

6. Casele de asigurări care eliberează certificatul de incapacitate de muncă sunt responsabile de conformitatea datelor înscrise în rubricile completate.

7. Plătitorul se obligă să respecte confidențialitatea diagnosticului.

Modalități de calcul:

Calculul indemnizației de asigurări sociale de sănătate se efectuează conform normelor legale în vigoare.

Cuquantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă se determină prin aplicarea procentului de 75%, respectiv 100%, asupra bazei de calcul stabilite în conformitate cu art. 10 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările ulterioare, după cum urmează:

1. În condiții de spitalizare:

- procent de 100% pentru urgențe medico-chirurgicale
- procent de 75% pentru restul afecțiunilor

2. În condiții de tratament ambulatoriu:

- pentru urgențe medico-chirurgicale, procent de 100% pentru primele 5 zile de incapacitate de muncă;

pentru restul perioadei se aplică procentul de 75%.

- pentru diagnosticul care nu este urgență medico-chirurgicală se aplică procentul de 75%.

3. Pentru afecțiunile de TBC, SIDA, Neoplazii, boli infecto-contagioase se aplică procentul de 100%.

Cuquantumul brut lunar al indemnizației pentru maternitate se determină prin aplicarea procentului de 85% asupra bazei de calcul.

## ANEXA 12

la Normele Metodologice

## 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 115 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 destinatară                   |
| 1.1. | Denumire: .....                                     |
| 1.2. | Număr de identificare a instituției: .....          |
| 1.3. | Adresă: .....<br>.....<br>.....                     |
| 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<br>.....                                      |
| 3.2. | Nume de naștere (dacă este diferit): .....           |
| 3.3. | Prenume<br>Data nașterii<br>.....                    |
| 3.4. | Adresa din țara de reședință sau de ședere:<br>..... |
| 3.5. | Număr de identificare personal: .....<br>.....       |

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  | <input type="checkbox"/> Persoana în cauză a fost declarată ca fiind aptă de muncă                                                                            |
| 5.8  | <input type="checkbox"/> Persoana în cauză nu a fost declarată aptă de muncă<br>de la data de ..... până la .....                                             |
| 5.9  | <input type="checkbox"/> Persoana în cauză a fost declarată parțial aptă de muncă,<br>în proporție de<br>(.....%) de la data de ..... până la data de .....*5 |
| 5.10 | <input type="checkbox"/> Persoanei în cauză i se va prescrie o examinare medicală<br>suplimentară la .....                                                    |
| 5.11 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> au avut <input type="checkbox"/> vor avea următoarele efecte*7 .....                                                                                                  |
| 6.3 | Incapacitatea de muncă a survenit la data de : .....                                                                                                                                                          |
| 6.4 | Persoana rănită este tratată<br><input type="checkbox"/> la domiciliu <input type="checkbox"/> la clinica medicului<br><input type="checkbox"/> în spital <input type="checkbox"/> alt loc<br>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   | [ ] cu recuperare completă                                                                                           |
| 7.4   | [ ] și probabil vor avea următoarele consecințe:<br>.....<br>.....                                                   |
| 7.5   | Descriere detaliată despre starea victimei după recuperare sau la sfârșitul tratamentului medical:<br>.....<br>..... |
| ..... |                                                                                                                      |

|      |                                                 |
|------|-------------------------------------------------|
| 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<br>.....                         |

**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 E 116 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.

## la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 117

\*1

### 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; articolul 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<br>.....                                                                                                                     | Nume de naștere (dacă este<br>diferit): ..... |
|      | .....                                                                                                                               | .....                                         |
| 3.2. | Prenume<br>.....                                                                                                                    | Data nașterii<br>.....                        |
| 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  
Motivul: 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\*4  
5.3  de către angajator\*5  
De la data ..... până la data ..... \*6

7. \*7, \*8

- 6.1 Indemnizația trebuie să fie acordată pentru toate zilele săptămânii, cu excepția zilei de  
 luni  marți  miercuri  
 joi  vineri  sâmbătă  duminică
- 6.2 Cuantumul zilnic net al acestei indemnizații este de  
.....\*9 dacă asiguratul nu este spitalizat  
.....\*9 în caz de spitalizare
- 6.4  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.

E 117

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. Numărul de identificare a instituției: .....  
8.3. Adresă: .....  
8.4. Ștampila  
8.5. Data: .....  
8.6. Semnătura  
.....

#### NOTE

\*1 Sigla țării careia 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, luxemburgheze, poloneze, ungare sau slovace.

\*7 A se completa de către instituțiile germane, luxemburgheze, poloneze, slovace și spaniole.

\*8 A se completa numai în cazul indicat la rubrica 5.2.

\*9 A se indica cuantumul în moneda statului național.

\*10 A se indica tipul de examen medical solicitat (radiografie, analiză de .... etc.).

## ANEXA 14

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 118

(1)

#### 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 statut 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 adresat 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.  |                                                        |                                               |
| 1.1 | Nume<br>.....                                          | Nume de naștere (dacă este diferit):<br>..... |
| 1.2 | Prenume<br>.....                                       | Data nașterii<br>.....                        |
| 1.3 | Adresa în țara de<br>reședință sau de ședere:<br>..... |                                               |
| 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.  Instituția de la locul de reședință       Instituția competentă  
sau de ședere

|     |                                            |
|-----|--------------------------------------------|
| 4.1 | Denumire: .....                            |
| 4.2 | Număr de identificare a instituției: ..... |
| 4.3 | Adresa: .....                              |
|     | .....                                      |
| 4.4 | Ștampila                                   |
|     | 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 Statul competent.

#### 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 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.

E 118 Anexă

#### 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:

- a) dacă sunteți domiciliat în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția în care aveți domiciliul;
- b) 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;
- c) 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 instituția competentă din Cehia menționată la rubrica 2 sau 4 a formularului în termen de trei zile de la data trimiterii notificării. Metoda și data limită pentru apel sunt specificate în 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: .....   |
| .....           |

E 118 Anexă

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 sociala), 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 recipisă, 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 recipisei prevăzute la alineatul precedent, sau dacă estimează că acest răspuns nu este satisfăcător, va putea cita INAIL în fața instanțelor judiciare. Opunerea 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.

E 118 Anexă

#### 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 (desemnata la rubrica 2 sau la rubrica 4 din formularul E 118, într-un termen rezonabil de scurt. Metoda de recurs și termenul limită 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 Ubezpieczen 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 «Commissao instaladora da Administraçao Regional da Saude» (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 legătură 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: Socialna poistovna, ustredie, ul. 29 augusta c. 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 sueză indicată în rubrica 2 sau 4 din formularul E116. 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 asigurătorului 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 E 118 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.

## ANEXA 15

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

E 120

(1)

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: .....<br>.....                             |
| 1.4 | Referință: formularul dvs. E 107 din data de ..... |

|     |                                             |                                               |
|-----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 2.  | Solicitant de pensie                        |                                               |
| 2.1 | Nume *3<br>.....                            | Nume de naștere (dacă este diferit):<br>..... |
| 2.2 | Prenume<br>.....                            | Data nașterii<br>.....                        |
| 2.3 | Adresa în țara de reședință: .....<br>..... |                                               |
| 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 .....<br>o cerere de pensie pentru<br><input type="checkbox"/> bătrânețe <input type="checkbox"/> invaliditate <input type="checkbox"/> urmaș<br><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:  |
|     |                                            | .....           |

E 120

|     |                                                                                                                                                                                            |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> începând cu data de ..... și până la anularea prezentului atestat                                                                                                 |  |
| 5.4 | <input type="checkbox"/> 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<br>.....<br>.....                    |
| 8.  | _   *4                                                                                                                        |
| 8.1 | Persoana interesată desemnată la rubrica 2 și membrii familiei acesteia indicați mai jos au fost înscriși la data de<br>..... |

|     |                           |         |                                                   |               |                              |
|-----|---------------------------|---------|---------------------------------------------------|---------------|------------------------------|
| 9.  | Membrii familiei înscriși |         |                                                   |               |                              |
| 9.1 | Nume *3                   | Prenume | Sex<br>F M                                        | Data nașterii | Nr. de identificare personal |
| 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:<br>..... |

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 reședința.

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 pojištovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;
- în Cipru, «[text în limba greacă]» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestații în natură 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 spitalicești 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, «Unita sanitaria locale» (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu;
- în Letonia, «Veselības obligātas 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 Központ» (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)» (Institutul 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 fur Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), 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) Trebuie să semnalati 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.

## ANEXA 16

### la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ  
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

|      |  |    |
|------|--|----|
| E121 |  | *1 |
|------|--|----|

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 mai multe 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. E107 din data de ..... |

|     |                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------|
| 2.  | <input type="checkbox"/> Titular de pensie                 |
| 2.1 | Nume*3: .....                                              |
| 2.2 | Prenume: .....                                             |
| 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 | Dela 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: .....                         |

E121

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
| 5.  | Membrul familiei titularului de pensie |
| 5.1 | Nume: *3                               |
|     | Nume anterior: *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<br><input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 5<br>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.  | <input type="checkbox"/> Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a persoanei menționate la rubrici 2 sau 5, cu numărul ..... și 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.  | <input type="checkbox"/> *7                                                                                                                                          |
| 9.1 | <input type="checkbox"/> Persoana interesată desemnată la rubrica 2<br><input type="checkbox"/> Persoana interesată desemnată la rubrica 5<br>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: .....                                                                                                                          |

E121

|      |                                                         |
|------|---------------------------------------------------------|
| 10.  | <input type="checkbox"/> *7                             |
| 10.1 | <input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 2 |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <input type="checkbox"/> Persoana indicată la rubrica 5<br>a fost înscrisă                                                                                                                                                                     |
| 10.2 | <input type="checkbox"/> Costul prestațiilor intră în responsabilitatea dumneavoastră; data ce<br>trebuie luată ca punct de plecare pentru calculul sumei forfetare<br>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<br>numărul: ..... cerut la rubrica 7                                                                                    |
| 11.2 | <input type="checkbox"/> Vă rugăm să indicați măsurile de aplicare a Cardului European de<br>Asigurare de Sănătate eliberat persoanei de la rubrica 2 sau 5 cu<br>numărul: .....și valabilitatea până la ..... |

|      |                                                                                           |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 12. Instituția de la locul de reședință a titularului de pensie sau<br>membrului familiei |
| 12.1 | Denumire: .....                                                                           |
| 12.2 | Număr de identificare a instituției: .....                                                |
| 12.3 | Adresa: .....                                                                             |
| 12.4 | Ștampila                                                                                  |
|      | 12.5 Data: .....                                                                          |
|      | 12.6 Semnătura:<br>.....                                                                  |

#### 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 pojisfovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;
  - în Cipru, «[text în limba greacă]» (Ministerul Sănătății. 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără 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 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 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, «Unita sanitaria locale» (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu
  - în Letonia, «Veselības obligāto 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 Egeszselgbiztositasi Penztar» (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 Seguranca Social» (centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: «Direccao Regional de Seguranca Social» (direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Azores : «Direccao Regional de Seguranca 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, «Zdravotna poisfovna» (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate
  - în Finlanda, oficiul local al «Kansanelakelaitos» (instituție de asigurări sociale)
  - în Suedia, «forsakringskassan» (biroul asigurărilor sociale) de la locul de reședință
  - în Islanda, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul național al securității sociale a statului), la Reykjavik
  - în Liechtenstein, «Amt fur 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 - istituzioniune 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 muncă 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.

la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVA [ ] [ ]

PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ | E125 | | \*1  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI [ ] [ ]

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 [ ] semestrul 1 [ ] semestrul 2 al anului financiar 20.....  
nr. ....

2. Instituția competentă destinatară

2.1 Denumire: .....  
2.2 Număr de identificare a instituției: .....  
Adresa: .....  
.....

E125

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 urmare a *5 | De la ..... la .....<br>[ ] unei boli [ ] accident neprofesional<br>[ ] boală sau accident de muncă |
| 5.2  | Îngrijiri medicale                                | .....                                                                                               |
| 5.3  | Îngrijiri dentare                                 | .....                                                                                               |
| 5.4  | Medicamente                                       | .....                                                                                               |
| 5.5  | Spitalizare                                       | De la ..... la .....                                                                                |
|      |                                                   | .....                                                                                               |
|      |                                                   | 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                                  | .....                                                                                               |
|      |                                                   | =====                                                                                               |
|      |                                                   | .....                                                                                               |

E125

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

| 7. | Rezervat instituției din țara competentă |
|----|------------------------------------------|
|    |                                          |

**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.

## ANEXA 18

la Normele Metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ [ ] [ ]

PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ | E126 [ ] [ ] \*1  
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI [ ] [ ]

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 8 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. [ ] [ ] Persoana îndreptățită

2.1 Nume \*3  
2.2 Nume anterioare: .....  
2.3 Prenume Data nașterii  
.....  
.....  
2.4 Număr de identificare personal: .....



## 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, «Indennngs - og Sundhedsministeriet» (Ministerul de interne și sănătate), 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 Sanita» (ministerul sănătății), la Roma;
    - în Cipru, «[text în limba greacă]» (Ministerul Sănătății), 1448 Lefkosia;
    - în Letonia, «VeselTbas obligatas apdrosinasanas valsts agentura» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie), la Riga;
      - în Lituania, «"Valstibine 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 Relacoes Internacionais e Convenções de Seguranca 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, «Urad pre dohľad nad ydravotnoutou» (Autoritatea de supraveghere și sănătate) la Bratislava;
      - în Finlanda, «Kansaneläkelaitos» (Instituția de asigurări sociale), la Helsinki;
      - în Suedia, «Riskforsäkringsverket» (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;



|        |                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.     | Prezentul extras individual are în vedere:                                                                                                                                                                                        |
| 4.1    | <input type="checkbox"/> familia lucrătorului desemnat la rubrica 3, care locuiește la următoarea adresă: .....                                                                                                                   |
| 4.2    | <input type="checkbox"/> titularul de pensie desemnat la rubrica 3 și care locuiește la următoarea adresă: .....                                                                                                                  |
| 4.3    | <input type="checkbox"/> membrul familiei, menționat mai jos, al titularului de pensie desemnat la rubrica 3:<br><input type="checkbox"/> 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 aceleași 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; ML = 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 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.