

**CERERE DE PRESTAȚII ÎN BANI PENTRU INCAPACITATE DE MUNCĂ**

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

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

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

<b>1.</b>	Instituția competentă
1.1	Denumire : .....
1.2	Adresă : .....
	.....
	.....
1.3	Număr de identificare a instituției : .....

<b>2.</b>	<input type="checkbox"/> Lucrător salariat	<input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj
2.1	Nume <sup>(2)</sup> .....	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 ..... <sup>(3)</sup>		
	și al formularului E 303 eliberat la data de ..... <sup>(3)</sup>		

<b>3.</b>	Angajator <sup>(4)</sup>
3.1	Numele angajatorului sau al societății : .....
3.2	Adresa: .....
	.....

**A.  <sup>(5)</sup> Cerere de prestații**

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

## 5. Certificatul medicului curant

 este anexat nu a putut fi furnizat6. După părerea medicului nostru examinator  al cărui raport se găsește în anexă al cărui raport va fi trimis în cel mai scurt timp6.1  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 <sup>(7)</sup>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 formular9.  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 <sup>(8)</sup>.10.  Nu suntem dispuși să acordăm persoanei în cauză prestațiile în bani, în numele dumneavoastră.B.  <sup>(5)</sup> Prolungirea incapacității de muncă

11. Cu referire la

11.1  formularul nostru E 115 din ..... (data)11.2  formularul dumneavoastră E 117 din ..... (data)

11.3 Vă informăm că, în opinia medicului nostru examinator

 al cărui raport este anexat al cărui raport va fi trimis în cel mai scurt timp

Persoana indicată la rubrica 2 va fi probabil incapabilă să lucreze până la data 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

**Indicații pentru asigurat**

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

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

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

**NOTE**

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