

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 <sup>(2)</sup>
1.1	Denumire: .....
1.2	Număr de identificare a instituției : .....
1.3	Adresa : .....
1.4	Referință: formularul dvs.E 107 din data de .....

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

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

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

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

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

**6.** Instituția care a completat rubrica 5

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

#### B. Notificarea înscrierii sau a neînscrierii

**7.**  <sup>(4)</sup>

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

.....

.....

**8.**  <sup>(4)</sup>

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

.....

**9.** Membrii familiei înscriși

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

**10.** Instituția de la locul de reședință

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

**Indicații pentru persoana asigurată**

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

**NOTE**

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