

**COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI**

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. 574/77 : 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 cărui 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 :	
1.3	Adresă:	
2.	Asigurat	
2.1	Nume ⁽²⁾	
2.2	Prenume ⁽³⁾	Data nașterii :
2.3	Nume anterioare :	
2.4	Număr de identificare personal :	
2.5	De la data indicată la rubrica 3.1, asiguratul a exercitat o activitate	
	<input type="checkbox"/> salariată	<input type="checkbox"/> independentă în ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Numele ultimului angajator :	
	<input type="checkbox"/> Ultima activitate independentă	
	Adresă :	
2.7	<input type="checkbox"/> Angajatori anteriori (nume și adresă)	<input type="checkbox"/> Activități independente anterioare

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

3.1 Incepând cu :

3.2 Conform legislației țării dumneavoastră, pentru riscul :

boală-maternitate ⁽⁵⁾

deces (alocație)

invaliditate ⁽⁶⁾

***This form was issued after the entry into force of the new Regulations CE no.883/2004 and no.987/2009 on the legal framework given by the Decision E 1, point 4.**

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

Partea B

- 5.** Persoana indicată la rubrica 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 :			<input type="text"/>	⁽⁵⁾
6.1	De la	la	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.2	De la	la	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.3	De la	la	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.4	De la	la	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.5	De la	la	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.6	De la	la	⁽⁸⁾ pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.7	De la	la	⁽⁸⁾ pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.8	De la	la	⁽⁸⁾ pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.9	De la	la	⁽⁸⁾ pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾
6.10	De la	la	⁽⁸⁾ pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾

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

8.	Instituția care completează partea B		
8.1	Denumire:		
8.2	Număr de identificare a instituției :		
8.3	Adresă:		
.....			
8.4	Ștampilă	8.5	Data :
		8.6	Semnătura
.....			

**This form was issued after the entry into force of the new Regulations CE no.883/2004 and no.987/2009 on the legal framework given by the Decision E 1, point 4.*

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia ; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia ; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
 - (2) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
 - (3) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
 - (4) A se indica statul ;
 - (5) Numai dacă instituția destinată 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.
-

**This form was issued after the entry into force of the new Regulations CE no.883/2004 and no.987/2009 on the legal framework given by the Decision E 1, point 4.*