

Se completeaza de catre Secretariatul CJAS-BN

Nr./

CERERE pt.

SOLICITAREA FORMULARULUI EUROPEAN E 104

CĂTRE

Casa de Asigurari de Sanatate BISTRITA-NASAUD

Prin prezenta formulez o cerere prin care solicit să îmi fie eliberat Formularul European E 104, în vederea completării stagiului de cotizare necesar în noul stat U.E.de reședință....., unde locuiesc/lucrez începând cu data de.....Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe proprie răspundere prin care certific datele personale menționate mai jos.

1.Denumirea& Adresa institutiei destinatarii din statul UE (daca este cunoscuta)	
2. Numele si prenumele& Data nasterii persoanei care solicita formularul	
3. Solicit acest formular pentru acoperirea riscului	<input type="checkbox"/> Boala-maternitate(cod A)

Anexez prezentei cereri urmatoarele documente:

- copie BI/CI valid
- copie carte de munca/decizie încetare contract de munca sau în cazul lucrătorilor independenți,declarația de asigurare pentru concedii și indemnizații

Prin semnarea acestei cereri iau la cunostinta despre dispozitiile legale in materie, care prevad :

- pentru lucrătorii migranți care își păstrează domiciliul sau reședința în România, contribuția lunară la fond se calculează la veniturile obținute din contractele încheiate cu un angajator străin și care se impozitează în România.
- formularul E104 se eliberează de CAS-BN pentru ca titularul să se asigure în alt stat UE/SEE în care i se impune totalizarea stagiilor de cotizare la asigurarea de sănătate(nu se eliberează pentru viitor și nu se substituie formularului european A1 -privind legislația aplicabilă contribuțiilor sociale-care se eliberează de Casa Națională de Pensii)
- Am fost informat (ă) cu privire la prevederile *Regulamentului CE 679/26 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date* și în consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul CAS-BN.

Semnătura solicitantului/imputernicitului

.....

Date de contact/transmitere form.E104:

Adresa în România:	
Telefon/Email:	

SE COMPLETEAZA DE CATRE COMP.EVIDENTA ASIGURATI.CARDURI AL CJAS-BN		
Nume&prenume CNP titular	Stagii de cotizare la F.N.U.A.S.S.	
	De la	Pana la

VIZA COMP.EVIDENTA ASIGURATI.CARDURI