

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.i ; 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 completează 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 : .....                            |
| 1.2 | Număr de identificare a instituției : ..... |
| 1.3 | Adresa: .....                               |
|     | .....                                       |
|     | .....                                       |

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

|     |                                   |               |
|-----|-----------------------------------|---------------|
| 3.  | Membru al familiei <sup>(5)</sup> |               |
| 3.1 | Nume <sup>(2)</sup>               |               |
|     | .....                             |               |
| 3.2 | Prenume <sup>(2)</sup>            | Data nașterii |
|     | .....                             | .....         |
| 3.3 | Nume anterioare : .....           |               |
| 3.4 | Adresa în țara de reședință ..... |               |
|     | .....                             |               |
| 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  <sup>(6)</sup> .....

5.  Instituția competentă  Instituția de la locul de reședință

5.1 Denumire .....

5.2 Număr de identificare a instituției : .....

5.3 Adresă : .....  
.....  
.....

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.  Înscirerea 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.  Instituția de la locul de reședință  Instituția competentă

8.1 Denumire : .....

8.2 Număr de identificare a instituției.....

8.3 Adresă : .....  
.....

8.4 Ștampilă 8.5 Data : .....

8.6 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 ; 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) În scopul institutiei competente daca este italiana, indicati codul fiscal  
In scopul institutiei competente daca este din Malta, indicati numarul Cardului de identitate in cazul cetatenilor maltezi, sau numarul social de securitate maltez in cazul cetatenilor ce nu sunt din Malta  
In scopul institutiei competente daca este din Slovacia, indicati data de nastere in cazul aplicatiei  
In scopul institutiei competente daca este spaniola, indicati numarul de pe DNI in cazul cetatenilor spanioli, numarul de pe NIE in caz cetatenilor ce nu sunt spanioliul. Daca perioada de valabilitate a DNI sau NIE a expirat, nu completati.
- (5) A se completa dacă membri ai familiei sunt avuți în vedere de încheierea dreptului la prestații.
- (6) Motivele întreruperii/retragerii trebuie specificate, utilizând literele de mai jos:
- Titularul a început o activitate în statul de reședință.
  - Un membru al familiei a început o activitate în statul de reședință.
  - Contribuțiile nu au fost plătite.
  - Altele.
-