

ORDIN Nr. 592 din 26 august 2008

pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#) de stabilire a normelor de aplicare a [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#)

Act de bază

#B: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 592/2008

Acte modificatoare

#M1: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 575/2009

#M2: Rectificarea publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 461 din 3 iulie 2009

Modificările și completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În fața fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma **#M1**, **#M2** etc.

#B

Având în vedere prevederile [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, cu modificările și completările ulterioare, ale [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#) de stabilire a normelor de aplicare a [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#), cu modificările și completările ulterioare, precum și Referatul de aprobare al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG/2.159 din 4 august 2008,

în temeiul dispozițiilor [art. 236](#), [art. 266](#) alin. (2), [art. 270](#) alin. (1) lit. s), [art. 271](#) lit. k) și ale [art. 281](#) alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale [art. 5](#) alin. (1) pct. 19 și 40, [art. 17](#) alin. (5) și ale [art. 18](#) pct. 9 din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#) de stabilire a normelor de aplicare a [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#), prevăzute în [anexa](#) care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ANEXA 1

NORME METODOLOGICE

privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#) de stabilire a normelor de aplicare a [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#)

SECȚIUNEA 1

Formularul E 001 - Solicitare de informații

ART. 1

(1) Formularul E 001, prevăzut în [anexa nr. 1](#) la prezentele norme metodologice, a fost creat pentru a facilita schimburile de informații dintre instituțiile statelor membre și pentru a evita corespondența suplimentară dintre instituții. Acest formular poate fi utilizat în completarea celorlalte formulare.

(2) Formularul se folosește pentru solicitarea sau comunicarea de informații, solicitarea de formulare ori pentru relansarea unei cereri, atunci când formularele existente nu sunt adaptabile unei situații date.

ART. 2

(1) Formularul este întocmit de instituția care dorește să obțină informații suplimentare asupra unei situații, să relanseze o cerere precedentă, să solicite un

formular sau documente precise ori să comunice informații privind schimbarea situației unui asigurat sau a unui membru al familiei acestuia.

(2) Formularul este adresat instituției statului care deține informația sau documentul dorit ori celei căreia informația îi va fi utilă.

ART. 3

(1) Instituția care dorește să obțină sau să comunice informații specifice privind situația unui asigurat sau care dorește să obțină un formular specific completează partea A a formularului E 001 și îl adresează instituției statului membru care deține informațiile, documentele sau formularele dorite.

(2) Instituția destinată completează partea B a formularului și transmite instituției expeditoare informațiile, documentele sau formularele ori confirmă primirea informațiilor comunicate.

ART. 4

În România, instituțiile care completează formularul 001, precum și formularele utilizate pentru acordarea prestațiilor de boală și maternitate sunt casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, denumite în continuare case de asigurări.

SECȚIUNEA a 2-a

Formularul E 101 "Atestat privind legislația aplicabilă"

ART. 5

(1) Formularul E 101, prevăzut în [anexa nr. 2](#) la prezentele norme metodologice, se utilizează în vederea determinării legislației aplicabile lucrătorului salariat sau independent, potrivit regulilor speciale prevăzute de [Regulamentul \(CEE\) nr. 1.408/71](#).

(2) Formularul este eliberat de instituția competentă din statul a cărui legislație continuă să i se aplice lucrătorului. Poate fi vorba despre un lucrător detașat, prevăzut la [art. 14](#) paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la [art. 14 bis](#) paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), pe o perioadă de un an. Acesta este folosit, de asemenea, în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit [art. 17](#) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71, după schimb de scrisori între autoritățile competente din cele două state în cauză. În acest ultim caz, pe formular se menționează referințele acordului autorităților competente.

ART. 6

Formularul este solicitat de către angajator, dacă este vorba despre un lucrător salariat, sau de către lucrătorul independent.

ART. 7

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

ART. 8

Instituția care va acorda prestațiile în natură de boală sau maternitate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 101.

SECȚIUNEA a 3-a

Formularul E 102 "Prelungirea detașării sau a activităților independente"

ART. 9

(1) Formularul E 102, prevăzut în [anexa nr. 3](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit atunci când durata detașării sau a activităților independente se prelungește peste perioada inițială de un an cu o nouă perioadă maximă de un an.

(2) Formularul este adresat de către angajator sau de către lucrătorul independent autorității competente din statul de detașare, care menționează pe formular decizia sa cu privire la prelungirea perioadei de detașare sau a activităților independente.

ART. 10

Instituția care va acorda prestațiile de asigurare de sănătate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 102, pentru a stabili situația exactă a asiguratului.

ART. 11

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

SECȚIUNEA a 4-a

Formularul E 103 "Exercitarea dreptului de opțiune"

ART. 12

Formularul E 103, prevăzut în [anexa nr. 4](#) la prezentele norme metodologice, se utilizează în vederea determinării legislației aplicabile prin exercitarea dreptului de opțiune, potrivit [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#), în cazul personalului încadrat în misiunile diplomatice sau oficiile consulare, al personalului casnic aflat în serviciul funcționarilor acestor misiuni sau oficii, precum și în cazul personalului auxiliar din Comunitățile Europene.

ART. 13

În România, formularul este eliberat numai de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale.

SECȚIUNEA a 5-a

Formularul E 104 "Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare, de muncă sau de reședință"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 14

(1) Formularul E 104, prevăzut în [anexa nr. 5](#) la prezentele norme metodologice, totalizează perioadele de asigurare realizate pe teritoriul a două sau mai multe state membre.

(2) Atunci când un lucrător salariat sau independent începe o activitate într-un stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European și nu îndeplinește condițiile de deschidere de drepturi la prestații de boală și maternitate în acel stat, pentru a putea beneficia de aceste prestații prezintă instituției din noul stat de muncă sau de domiciliu formularul E 104 care specifică perioadele de asigurare realizate sub incidența legislației la care a fost supus ultima dată.

(3) Totalizarea poate interveni indiferent de durata scursă între două perioade de asigurare, cu excepția lucrătorului sezonier, pentru care perioada scursă între două perioade de asigurare nu poate fi mai mare de 4 luni.

ART. 15

(1) Pentru a beneficia de totalizarea perioadelor de asigurare, persoana interesată trebuie să solicite formularul E 104, înainte de plecare, de la instituția la care este asigurată pentru boală și maternitate.

(2) Dacă persoana interesată nu și-a procurat formularul înainte de plecare, noua instituție competentă se adresează direct fostei instituții la care a fost asigurat lucrătorul, prin transmiterea a două exemplare ale formularului.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 16

Casele de asigurări, instituții competente la un anumit moment pentru un asigurat, eliberează formularul E 104 la solicitarea persoanei interesate sau a instituției competente din noul stat de muncă ori de domiciliu, care trebuie să afle care este perioada de asigurare realizată conform legislației pe care o aplică instituția de care aparținea înainte asiguratul în ceea ce privește prestațiile de boală sau maternitate.

ART. 17

(1) Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea instituției competente din noul stat de muncă sau de domiciliu, casele de asigurări confirmă perioadele

respective de asigurare prin completarea părții B a formularului și transmit un exemplar instituției solicitante.

(2) Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea persoanei interesate, casa de asigurări completează partea A pct. 2 și partea B și înmânează sau transmite formularul persoanei interesate.

ART. 18

Persoanele care solicită formularul E 104 vor depune la sediul caselor de asigurări o cerere însoțită de următoarele documente:

- a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- b) copie de pe cartea de muncă sau, în cazul lucrătorilor independenți, declarația de asigurare pentru concedii și indemnizații;
- c) orice alte documente care atestă perioade de asigurare pentru boală sau maternitate.

SECȚIUNEA a 6-a

Formularul E 106 "Atestat privind dreptul la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate în cazul persoanelor care își au reședința într-un alt stat decât statul competent"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 19

(1) Formularul E 106, prevăzut în [anexa nr. 6](#) la prezentele norme metodologice, se eliberează de către instituția competentă de la locul de muncă pentru a permite lucrătorului și membrilor familiei sale care își au reședința împreună cu acesta pe teritoriul altui stat membru să beneficieze de prestațiile în natură de asigurare de boală sau maternitate, acordate în contul instituției competente de instituția de la locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

(2) Formularul E 106 se aplică și studenților și membrilor familiilor acestora, dacă este necesar, precum și membrilor familiei șomerului.

(3) Membrii de familie sunt stabiliți de instituția de la locul de reședință conform legislației pe care aceasta o aplică. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în [anexa nr. 1](#) la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

(4) Lucrătorul și membrii de familie ai acestuia, precum și membrii de familie ai șomerului au obligația să informeze instituția din statul de reședință cu privire la

orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 20

(1) Formularul E 106 este solicitat de lucrător, șomer sau student casei de asigurări în evidența căreia acesta este înregistrat ca persoană asigurată de boală sau maternitate.

(2) Dacă lucrătorul sau studentul nu prezintă acest formular, instituția de la locul de reședință poate să îl solicite casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(3) Dacă șomerul nu prezintă acest formular, instituția de la locul de reședință al membrilor familiei îl poate solicita casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(4) Casa de asigurări completează partea A a formularului E 106 și înmânează două exemplare asiguratului sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

ART. 21

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Pentru persoanele prevăzute la [art. 12](#), formularul este valabil pe perioadă determinată sau până la anularea acestuia.

(3) În cazul în care casa de asigurări prelungește valabilitatea formularului E 106 emis anterior pentru aceeași persoană, prin emiterea unui nou formular, instituția de la locul de reședință nu mai completează partea B.

(4) Atunci când lucrătorul încetează de a mai avea dreptul la prestații, instituția care a eliberat formularul E 106 îl anulează folosind formularul E 108.

ART. 22

(1) La primirea formularului E 106, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea lucrătorului sau studentului și a membrilor de familie care își au reședința împreună cu acesta și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului E 106 completat în partea B.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică în mod similar membrilor de familie ai șomerului.

(3) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 106 la instituția statului de reședință beneficiază pe teritoriul statului de reședință de prestații de asigurare

de boală sau maternitate, în numele casei de asigurări, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației statului de reședință.

(4) Instituția de la locul de reședință acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 106 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

(5) Prestațiile acordate în baza formularului E 106 generează rambursări pe bază de facturi.

ART. 23

Documentele necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 106 sunt:

- a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere;
- b) dovada reședinței în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent; pentru persoanele care nu pot face dovada reședinței anterior plecării, se pot lua în considerare contractul de muncă, documentul de detașare, ordinul emis de ministru sau orice document care face dovada șederii obișnuite pe teritoriul statului membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European;
- c) dovada că urmează o formă de învățământ în statul de reședință, în cazul studentului;
- d) formularul E 101 și/sau formularul E 102, în cazul lucrătorului detașat, prevăzut la [art. 14](#) paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la [art. 14 bis](#) paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), precum și în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit [art. 17](#) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71;
- e) dovada că persoana respectivă nu este asigurată potrivit legislației statului de reședință.

PARAGRAFUL 3

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

ART. 24

(1) La primirea formularului E 106, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea lucrătorului sau studentului și a membrilor de familie care își au reședința împreună cu acesta și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 106 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică în mod similar membrilor de familie ai șomerului.

(3) Membrii de familie înscrși pe baza formularului E 106 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român, în numele instituției competente, de

prestații de asigurare de boală sau maternitate, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(4) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației pe care aceasta o aplică.

(5) În vederea efectuării înscrierii, casa de asigurări verifică dacă persoanele care urmează să fie înscrise au deschise drepturi de asigurări sociale de sănătate în baza legislației din România.

(6) Casa de asigurări acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 106 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(7) Prestațiile acordate în baza formularului E 106 generează rambursări pe bază de facturi.

ART. 25

În cazul lucrătorului detașat, prevăzut la [art. 14](#) paragraful 1 lit. a) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 (salariat) sau la [art. 14 bis](#) paragraful 1 lit. a) din același regulament (lucrător independent), precum și în caz de pluriactivitate și în caz de detașare excepțională potrivit [art. 17](#) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71, casa de asigurări care acordă prestațiile de boală sau maternitate pe baza formularului E 106 poate solicita o copie a formularului E 101 și/sau a formularului E 102, pentru a stabili situația exactă a asiguratului.

SECȚIUNEA a 7-a

Formularul E 107 "Cerere de atestat privind dreptul la prestațiile în natură"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 26

(1) Formularul E 107, prevăzut în [anexa nr. 7](#) la prezentele norme metodologice, se utilizează în scopul solicitării cardului european de asigurări sociale de sănătate/certificatului provizoriu de înlocuire a cardului sau a formularelor E 106, E 109, E 112, E 120, E 121 necesare pentru acordarea prestațiilor în natură de asigurare de boală sau maternitate.

(2) Instituția de la locul de ședere sau de reședință căreia i-a fost adresată o cerere de acordare a unor prestații de asigurări de boală sau maternitate solicită instituției competente, prin intermediul formularul E 107, eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate/certificatului provizoriu de înlocuire a cardului sau a altor formulare necesare pentru acordarea prestațiilor în natură pe teritoriul statului de ședere sau de reședință.

PARAGRAFUL 2

Procedură

ART. 27

(1) Instituția de la locul de ședere sau de reședință completează partea A a formularului E 107 și transmite două exemplare instituției competente.

(2) La primirea formularului E 107, instituția competentă completează partea B și transmite un exemplar al acestuia instituției de la locul de ședere sau de reședință, însoțit de documentul sau formularul solicitat.

(3) În situația în care instituția competentă nu poate elibera documentul sau formularul solicitat, completează partea B a formularului E 107, cu precizarea motivului pentru care documentul sau formularul solicitat nu a fost eliberat, și returnează unul dintre cele două exemplare instituției care i le-a transmis.

SECȚIUNEA a 8-a

Formularul E 108 "Notificarea suspendării sau suprimării dreptului la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 28

(1) Formularul E 108, prevăzut în [anexa nr. 8](#) la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru anularea sau suspendarea atestatului privind dreptul la prestații în natură (formularele E 106, E 109, E 120, E 121), care a fost emis pentru o persoană care își are reședința într-un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent.

(2) Atunci când instituția de la locul de reședință sau instituția competentă constată că persoanele care își au reședința pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent nu mai au dreptul la prestații în natură, informează instituția celui alt stat prin intermediul formularului E 108.

PARAGRAFUL 2

Procedură

ART. 29

(1) Instituția care constată apariția unui motiv de suspendare sau de încetare a dreptului la prestații în natură completează partea A a formularului E 108, indicând

motivul pentru care atestarea dreptului este suprimată ori suspendată, și transmite două exemplare instituției celui alt stat.

(2) Instituția destinată completează partea B a formularului E 108 și retransmite un exemplar instituției care a trimis documentul.

SECȚIUNEA a 9-a

Formularul E 109 "Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 30

(1) Formularul E 109, prevăzut în [anexa nr. 9](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit pentru a permite membrilor familiei lucrătorului care nu își au reședința împreună cu acesta să beneficieze de prestațiile în natură de boală și maternitate, acordate în contul instituției competente de instituția din locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

(2) Formularul E 109 este solicitat instituției competente de care aparține lucrătorul pentru asigurarea de boală și maternitate, de către lucrător sau membrii familiei acestuia.

(3) Dacă membrii familiei nu prezintă formularul E 109, instituția de la locul de reședință poate să îl solicite prin intermediul formularului E 107.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 31

(1) Formularul E 109 este solicitat de lucrătorul care nu are reședința împreună cu membrii de familie sau de instituția de la locul de reședință a membrilor de familie ai lucrătorului casei de asigurări în evidența căreia lucrătorul este înregistrat ca persoană asigurată.

(2) Casele de asigurări completează partea A a formularului și înmânează două exemplare persoanei asigurate sau le transmit, prin intermediul organismului de legătură, instituției de la locul de reședință a membrilor familiei, dacă formularul a fost întocmit la cererea acesteia.

(3) În situația în care cele două exemplare ale formularului E 109 se eliberează direct persoanei asigurate, aceasta va trebui să le transmită membrilor familiei, în

vederea înscrierii la instituția de asigurare de boală și maternitate de la locul de reședință a acestora.

(4) Dacă membrii familiei au reședința în state membre diferite, se va întocmi un formular E 109 distinct pentru fiecare din aceste state membre.

ART. 32

(1) La primirea formularului E 109, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea membrilor de familie care nu au reședința împreună cu lucrătorul și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 109 la instituția statului de reședință beneficiază pe teritoriul statului de reședință de prestații de asigurare de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației statului de reședință.

(3) Instituția de la locul de reședință acordă prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

ART. 33

(1) Membrii de familie sunt stabiliți de instituția de la locul de reședință conform legislației pe care aceasta o aplică. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în [anexa nr. 1](#) la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

(2) Membrii de familie ai lucrătorului au obligația să informeze instituția din statul de reședință cu privire la orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

ART. 34

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) În cazul în care casa de asigurări prelungește valabilitatea formularului E 109 emis anterior pentru aceeași persoană, prin emiterea unui nou formular, instituția de la locul de reședință nu mai completează partea B.

ART. 35

(1) Prestațiile acordate în baza formularului E 109 generează rambursări pe bază de sume forfetare.

(2) Sumele forfetare sunt facturate începând cu data înscrierii membrilor de familie la instituția de la locul de reședință.

ART. 36

Atunci când lucrătorul încetează a mai avea dreptul la prestații, instituția care a eliberat formularul E 109 îl anulează folosind formularul E 108.

ART. 37

Documentele necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 109 de la casele de asigurări sunt:

- a) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, pentru membrii de familie;
- b) dovadă că membrii de familie au reședința în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul de reședință al lucrătorului sau statul competent;
- c) dovada calității de asigurat a lucrătorului.

PARAGRAFUL 3

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

ART. 38

(1) La primirea formularului E 109, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință a membrilor de familie ai lucrătorului, realizează înscrierea acestora și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 109 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 109 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român, în numele instituției competente, de prestații de asigurare de boală sau maternitate, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației pe care aceasta o aplică.

(4) Casa de asigurări acordă persoanelor înscrise pe baza formularului E 109 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

SECȚIUNEA a 10-a

Formularul E 112 "Atestat privind menținerea dreptului la prestațiile în curs pentru asigurarea de boală-maternitate"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 39

(1) Formularul E 112, prevăzut în [anexa nr. 10](#) la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru menținerea dreptului la prestațiile de boală și maternitate aflate în curs, în cazul persoanei care, după ce a dobândit dreptul la

aceste prestații, este autorizată de către instituția competentă să revină pe teritoriul statului de reședință sau să își transfere reședința pe teritoriul altui stat membru.

(2) Formularul E 112 este utilizat și în cazul în care este necesară deplasarea într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratament medical adecvat.

ART. 40

(1) Formularul E 112 se adresează:

a) lucrătorului salariat sau independent ori membrilor de familie ai acestuia care beneficiază de prestații de boală și maternitate în statul competent și care solicită instituției competente autorizarea întoarcerii pe teritoriul statului membru de reședință sau a transferului reședinței lor, temporar ori definitiv, pe teritoriul altui stat membru;

b) lucrătorului salariat sau independent și membrilor de familie ai acestuia care sunt autorizați de instituția competentă să se deplaseze într-un alt stat membru cu scopul de a primi tratament medical.

(2) Eliberarea formularului E 112 pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a) poate fi refuzată de către instituția competentă numai dacă se stabilește că deplasarea persoanei respective ar prejudicia starea sănătății sale sau acordarea tratamentului medical.

(3) Eliberarea formularului E 112 pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. b) nu poate fi refuzată de către instituția competentă dacă tratamentul respectiv se regăsește printre prestațiile acordate în baza legislației statului membru pe al cărui teritoriu își are reședința persoana în cauză, căreia nu i se poate acorda un asemenea tratament în statul membru de reședință în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului respectiv, luând în considerare starea curentă de sănătate și evoluția probabilă a bolii.

ART. 41

(1) Prevederile [art. 40](#) alin. (1) lit. b) se aplică și în cazul membrilor de familie care nu își au reședința împreună cu lucrătorul, precum și în cazul pensionarilor și membrilor de familie ai acestuia care își au reședința pe teritoriul altui stat decât statul competent.

(2) Instituția de la locul de reședință al persoanelor prevăzute la alin. (1) este considerată drept instituție competentă să elibereze formularului E 112.

ART. 42

Prestațiile acordate în baza formularului E 112 generează rambursări pe bază de facturi.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 43

(1) În vederea obținerii formularului E 112, persoana interesată depune o cerere la casa de asigurări în evidența căreia aceasta este înregistrată ca persoană asigurată.

(2) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante; în situația în care în urma verificărilor se constată că persoana nu este asigurată, cererea de eliberare a formularului nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului;

b) analizează dosarul medical pentru a verifica îndeplinirea condiției prevăzute de [art. 22](#) alin. (2) din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71;

c) dacă constată îndeplinirea condițiilor prevăzute la lit. a) și b), eliberează formularul E 112.

(3) Termenul maxim de soluționare a cererii de eliberare a formularului E 112 este de 5 zile lucrătoare.

(4) Formularul E 112 se completează în două exemplare, dintre care unul se păstrează la casa de asigurări, iar celălalt se înmânează persoanei solicitante. În situația în care persoana solicitantă se deplasează pentru tratament în Marea Britanie, se completează un exemplar suplimentar care se transmite către Department for Work and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

ART. 44

(1) În cazul prevăzut la [art. 40](#) alin. (1) lit. a), cererea va fi însoțită de următoarele documente:

a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;

b) dosarul medical care va conține înscrisuri medicale și raportul medical prevăzut în [anexa nr. 10A](#) la prezentele norme metodologice;

c) confirmarea scrisă din partea unității sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European în care se intenționează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical în perioada indicată de persoana solicitantă, în baza formularului E 112;

d) dovada transferului de reședință.

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte diagnosticul și tratamentul medical urmat la o unitate sanitară aflată în relații contractuale cu o casă de asigurări, precum și precizarea, în mod explicit și argumentat, că deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical.

#M1

(3) Raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

#B

(4) Toate documentele medicale, precum și raportul medical trebuie să fie date, semnate și ștampilate.

ART. 45

(1) În cazul prevăzut la [art. 40](#) alin. (1) lit. b), cererea va fi însoțită de următoarele documente:

- a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- b) dosarul medical, care va conține, pe lângă înscrisuri medicale, raportul medical prevăzut în [anexa nr. 10A](#), din care să rezulte diagnosticul, precum și recomandarea medicală pentru efectuarea tratamentului;
- c) confirmare scrisă din partea unității sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European în care se intenționează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical, în baza formularului E 112, în perioada indicată de persoana solicitantă, pe baza recomandării medicului curant care întocmește raportul medical.

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, precum și faptul că acesta nu poate fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna dintre unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii.

(3) În raportul medical întocmit de medicul curant trebuie precizat în mod explicit și argumentat motivul pentru care serviciul medical respectiv nu poate fi acordat într-un interval de timp rezonabil în nicio unitate sanitară din România.

#M1

(4) Raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

#B

(5) Toate documentele medicale, precum și raportul medical trebuie să fie date, semnate și ștampilate.

ART. 46

(1) Formularul E 112 se eliberează înainte de plecarea persoanei beneficiare.

(2) Formularul poate fi emis și după plecarea persoanei beneficiare dacă, din motive de forță majoră, nu a putut fi eliberat anticipat. Formularul se eliberează numai dacă nu a fost achitată contravaloarea serviciilor medicale. Din momentul efectuării plății formularul nu mai produce efectele juridice pentru care este solicitat.

(3) În cazul prevăzut la alin. (2), casa de asigurări întocmește un referat prin care se argumentează și se justifică situația de forță majoră, document care va sta la baza eliberării formularului E 112.

#M1

(4) La întocmirea referatului prevăzut la alin. (3) se vor detalia împrejurările de origine externă, cu caracter extraordinar, absolut imprevizibile și inevitabile, inclusiv împrejurări de natură medicală, care au condus la situația de forță majoră.

#B

SECȚIUNEA a 11-a

Formularul E 115 "Cerere de prestații în bani pentru incapacitate de muncă"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 47

(1) Formularul E 115, prevăzut în [anexa nr. 11](#) la prezentele norme metodologice, se utilizează numai pentru lucrătorul sau șomerul aflat în incapacitate de muncă, în caz de boală, maternitate, accident de muncă sau boală profesională, pe teritoriul unui alt stat membru decât statul competent.

(2) Formularul E 115 este emis de instituția de la locul de reședință sau de ședere, la solicitarea lucrătorului sau șomerului aflat în incapacitate de muncă într-un alt stat membru decât statul competent.

ART. 48

(1) Lucrătorul sau șomerul aflat în incapacitate de muncă adresează instituției de la locul de reședință sau de ședere, în termen de 3 zile de la începerea incapacității de muncă, un aviz de încetare a lucrului sau un certificat de incapacitate de muncă.

(2) Instituția de la locul de ședere sau de reședință întocmește formularul E 115 într-un singur exemplar, prin completarea părții A a formularului, și îl adresează instituției competente.

(3) În situația prelungirii incapacității de muncă, instituția de la locul de ședere sau de reședință întocmește un nou formular E 115, completat numai în partea B, și îl adresează instituției competente.

(4) Instituția de la locul de ședere sau de reședință indică în formular începerea perioadei de incapacitate de muncă, precum și durata probabilă a acesteia.

ART. 49

În cazul șomerului care dispune de formularele E 303 și cardul european de asigurări sociale de sănătate sau certificatul provizoriu de înlocuire, autorizat să își transfere reședința pe teritoriul unui alt stat membru pentru a căuta de lucru, instituția de la locul de ședere întocmește formularul E 115 în 3 exemplare. Un

exemplar se transmite instituției competente în materie de asigurări de boală sau maternitate, un exemplar se transmite instituției competente în materie de șomaj și un exemplar se transmite instituției de asigurări de șomaj din statul în care lucrătorul s-a deplasat pentru a căuta un loc de muncă.

ART. 50

În cazul unui șomer care și-a transferat reședința în vederea căutării unui loc de muncă, iar durata transferului depășește sau va depăși 3 luni, instituția statului în care șomerul caută un loc de muncă informează instituțiile competente în materie de șomaj și boală ale celui alt stat că, potrivit estimărilor sale, condițiile care justifică prelungirea acordării prestațiilor în bani și în natură peste perioada de 3 luni sunt îndeplinite și anexează un raport medical detaliat al medicului care a efectuat controlul, indicând data probabilă în timpul căreia forța majoră prevăzută la [art. 25](#) paragraful 4 din Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71 se va aplica.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 51

(1) Medicii curanți din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care eliberează certificate de concediu medical persoanelor prevăzute la [art. 47](#) alin. (1) care își au reședința sau se află în ședere temporară pe teritoriul României le îndrumă pe acestea la casele de asigurări cu care au încheiat convenții privind eliberarea certificatelor medicale, în vederea eliberării formularului E 115.

(2) Casele de asigurări întocmesc formularul E 115 într-un singur exemplar, prin completarea părții A, și îl adresează instituției competente.

(3) În formular casa de asigurări indică începerea perioadei de incapacitate de muncă, precum și durata probabilă a acesteia.

(4) Casa de asigurări întocmește, în termen de 3 zile de la data la care persoana interesată i s-a adresat, formularul E 116 "Raport medical privind incapacitatea de muncă", pe baza certificatului de incapacitate temporară de muncă prezentat, și îl transmite în plic închis instituției competente, anexat formularului E 115, sau îl transmite ulterior.

ART. 52

În caz de prelungire a perioadei de întrerupere a activității, un nou formular E 115 este adresat instituției competente.

PARAGRAFUL 3

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

ART. 53

(1) În situația în care casa de asigurări primește formularul E 115 pentru o persoană care este asigurată pentru concedii și indemnizații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, se procedează astfel:

a) casa de asigurări efectuează demersurile necesare traducerii în limba română a raportului medical și a certificatului de incapacitate de muncă/avizului de încetare a muncii;

b) în urma analizării documentelor primite de la instituția de la locul de ședere sau de reședință, casa de asigurări transmite angajatorului certificatul de incapacitate de muncă, al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 11A](#) la prezentele norme metodologice;

c) după primirea formularului din [anexa nr. 11A](#), angajatorul efectuează calculul și plata indemnizației, luând în considerare legislația internă privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate; în cazul persoanelor asigurate direct la casa de asigurări, calculul și plata indemnizației se efectuează de către casa de asigurări.

(2) În situația în care casa de asigurări care primește formularul E 115 este diferită de casa de asigurări la care angajatorul persoanei prevăzute la [art. 47](#) alin. (1) depune declarațiile pentru concedii și indemnizații, aceasta va transmite celei din urmă formularul și documentele anexate, în vederea îndeplinirii procedurii prevăzute la alin. (1).

SECȚIUNEA a 12-a

Formularul E 116 "Raport medical privind incapacitatea de muncă (boală, maternitate, accident de muncă, boală profesională)"

ART. 54

Formularul E 116, prevăzut în [anexa nr. 12](#) la prezentele norme metodologice, este un raport medical simplificat întocmit de medicul care efectuează controlul medical de la instituția de la locul de ședere sau de reședință a lucrătorului ori a șomerului.

ART. 55

(1) Persoanele prevăzute la [art. 47](#) alin. (1) cărora li se eliberează certificate de concediu medical de către medicii curanți din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se adresează casei de asigurări cu care medicul prescriptor are încheiată convenție privind eliberarea de certificate medicale. La eliberarea certificatului medical, medicul prescriptor are obligația de a informa pacientul cu privire la casa de asigurări căreia acesta trebuie să se adreseze în vederea obținerii indemnizației.

(2) Casa de asigurări, prin intermediul serviciului medical, întocmește, în termen de 3 zile de la data la care persoana interesată i s-a adresat, formularul E 116, prin

completarea pct. 1 - 3, pct. 4 (4.1, 4.2), 5.5, 5.8, 5.11, pe baza certificatului de incapacitate temporară de muncă prezentat, transmițând un exemplar instituției competente.

(3) Raportul medicului care efectuează controlul medical se anexează formularului E 115 în plic închis sau este adresat ulterior instituției competente la care este afiliat lucrătorul ca urmare a asigurării sale de boală sau a asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(4) Raportul medical se întocmește cu ocazia fiecărei prelungiri a perioadei de întrerupere a activității.

(5) Dacă în urma unui control casa de asigurări constată că persoana interesată este aptă să își reia activitatea, avizează instituția competentă asupra datei la care perioada de incapacitate de muncă ia sfârșit.

SECȚIUNEA a 13-a

Formularul E 117 "Acordarea de prestații în bani în caz de maternitate și de incapacitate de muncă"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 56

Formularul E 117, prevăzut în [anexa nr. 13](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția competentă pentru a informa instituția de la locul de reședință sau de ședere care a întocmit formularele E 115 și E 116 asupra deciziei sale privind acordarea prestațiilor în bani lucrătorului sau șomerului.

ART. 57

Formularul este întocmit de instituția competentă în materie de asigurări de boală, maternitate sau de asigurări pentru accidente de muncă a statului competent și este adresat instituției de la locul de reședință sau de ședere, precum și lucrătorului, dacă prestațiile în bani sunt acordate de instituția de la locul de reședință sau de ședere în numele instituției competente. În acest mod lucrătorul va avea cunoștință de instituția care îi va plăti prestațiile în bani, precum și de cuantumul prestațiilor respective.

PARAGRAFUL 2

Procedura eliberării formularului de către casele de asigurări

ART. 58

(1) În formularul E 117, casa de asigurări indică dacă persoana interesată are sau nu dreptul la indemnizații de boală sau maternitate.

(2) În situația în care persoana interesată are dreptul la indemnizații, casa de asigurări precizează durata acordării acestora, cuantumul indemnizațiilor, precum și plătitorul indemnizațiilor (casa de asigurări, angajatorul sau instituția asimilată angajatorului, precum și instituția de la locul de reședință sau de ședere, în cazul în care este încheiat un acord în acest sens).

(3) În caz de respingere a cererii de acordare a prestației sau de încetare a dreptului, formularul E 117 trebuie să fie însoțit de formularul E 118, în care sunt precizate motivul respingerii și căile și termenele de recurs.

SECȚIUNEA a 14-a

Formularul E 118 "Notificarea nrecunoașterii sau a încheierii incapacității de muncă"

ART. 59

Formularul E 118, prevăzut în [anexa nr. 14](#) la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru a permite instituției de la locul de ședere sau de reședință și instituției competente să notifice lucrătorului sau șomerului o decizie cu privire la nrecunoașterea incapacității de muncă sau încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

ART. 60

(1) Dacă în urma unui control medical instituția de la locul de ședere sau de reședință constată că persoana în cauză este aptă să își reia activitatea, notifică instituției competente încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

(2) Dacă instituția competentă în materie de asigurare de boală, maternitate sau asigurare pentru accidente de muncă hotărăște să refuze prestațiile în bani deoarece persoana interesată nu s-a supus formalităților prevăzute de legislația din statul de ședere sau de reședință ori constată, în urma rapoartelor medicale adresate de instituția de la locul de ședere sau de reședință ori a controlului pe care l-a dispus, că persoana interesată este aptă să își reia activitatea, notifică instituției de la locul de ședere sau de reședință nrecunoașterea sau încheierea perioadei de incapacitate de muncă.

ART. 61

(1) Instituția care constată că lucrătorul sau șomerul nu îndeplinește ori nu mai îndeplinește condițiile pentru a putea beneficia de prestațiile în bani pentru asigurarea de boală, maternitate sau asigurarea pentru accidente de muncă avizează persoana interesată, pe de o parte, și instituția celuilalt stat, pe de altă parte, completând formularul E 118 și indicând motivul pentru care dreptul este suprimat.

(2) Dacă formularul a fost întocmit de instituția de la locul de reședință sau de ședere, un exemplar este adresat lucrătorului și unul instituției competente în

materie de asigurare de boală, maternitate sau de asigurare pentru accidente de muncă.

(3) Dacă formularul este întocmit de instituția competentă, un exemplar este adresat lucrătorului și un exemplar este adresat instituției de la locul de ședere sau de reședință.

(4) Dacă este vorba de un șomer, sunt întocmite două exemplare suplimentare ale formularului: unul este adresat instituției de asigurări pentru șomaj a statului competent, iar celălalt instituției de asigurări pentru șomaj a statului în care lucrătorul s-a deplasat pentru a căuta de lucru.

SECȚIUNEA a 15-a

Formularul E 120 "Atestat privind drepturile la prestațiile în natură pentru solicitanții de pensie și membrii familiei lor"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 62

Formularul E 120, prevăzut în [anexa nr. 15](#) la prezentele norme metodologice, este utilizat pentru lucrătorii salariați și independenți care încetează a mai avea dreptul la prestații în natură conform legislației ultimului stat competent, ca urmare a activității precedent exercitate, în timp ce o cerere de pensionare este în curs de instrumentare.

ART. 63

Prestațiile în natură pentru asigurarea de boală și maternitate pot fi acordate solicitantului de pensie, precum și membrilor familiei acestuia care beneficiază de drepturi în această calitate în statul lor de reședință.

ART. 64

(1) Formularul este solicitat de fostul lucrător salariat sau independent de la instituția competentă căreia i-a fost prezentată o cerere de acordare a pensiei.

(2) Dacă persoana interesată nu prezintă formularul E 120, instituția de la locul de reședință îl poate solicita prin intermediul formularului E 107.

ART. 65

(1) Instituția de la locul de reședință completează partea B, indicând că a realizat sau nu înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor familiei sale care beneficiază de drepturi în această calitate. Dacă nu a realizat înscrierea acestora, precizează motivul pentru care înscrierea nu a fost efectuată.

(2) Instituția de la locul de reședință realizează înscrierea persoanei interesate și a membrilor familiei acesteia pe care îi poate considera ca beneficiari de drepturi în temeiul acestei calități, conform legislației sale, și care nu au drepturi (altele decât

cele legate de reședință), conform legislației sale. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în [anexa nr. 1](#) la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 66

(1) Formularul E 120 este solicitat casei de asigurări de către fostul lucrător prevăzut la [art. 62](#) sau de către instituția de la locul de reședință prin intermediul formularului E 107.

(2) Casa de asigurări completează partea A a formularului, cu excepția pct. 3 și 4, și transmite două exemplare casei de pensii căreia i-a fost prezentată cererea de pensionare.

(3) După primirea formularului completat la pct. 3 și 4, transmis de casa de pensii, casa de asigurări înmânează două exemplare solicitantului de pensie sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

(4) La primirea formularului E 120, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor de familie și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

ART. 67

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Atunci când persoana interesată încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 120 îl anulează folosind formularul E 108.

ART. 68

Documente necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 120:

- a) copie de pe cartea de identitate/buletinul de identitate;
- b) copie de pe cererea de pensionare;
- c) dovada reședinței pe teritoriul altui stat membru, pentru solicitantul de pensie și membrii de familie.

PARAGRAFUL 3

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

ART. 69

(1) La primirea formularului E 120, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea solicitantului de pensie și a membrilor de familie ai acestuia și informează instituția competentă care i-a adresat formularul cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 120 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român de prestații în natură de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Casa de asigurări acordă solicitantului de pensie și membrilor de familie ai acestuia prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

ART. 70

Prestațiile acordate în baza formularului E 120 generează rambursări pe bază de facturi.

SECȚIUNEA a 16-a

Formularul E 121 "Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie, a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 71

Formularul E 121, prevăzut în [anexa nr. 16](#) la prezentele norme metodologice, este eliberat pentru a permite atât titularului de pensie sau de rentă, cât și membrilor familiei acestuia, fie că își au sau nu reședința împreună cu acesta, să beneficieze de prestațiile în natură de boală sau maternitate, acordate în numele instituției competente de către instituția de la locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care aceasta din urmă o aplică.

ART. 72

Formularul este solicitat instituției competente de către titularul de pensie sau membrii familiei acestuia sau, dacă aceștia nu prezintă formularul, de instituția de la locul de reședință, prin intermediul formularului E 107.

ART. 73

(1) Instituția de la locul de reședință completează partea B, indicând că a realizat sau nu înscrierea pensionarului și a membrilor familiei sale care beneficiază de drepturi în această calitate. Dacă nu a realizat înscrierea acestora, precizează motivul pentru care înscrierea nu a fost efectuată.

(2) Instituția de la locul de reședință realizează înscrierea persoanei interesate și a membrilor familiei acesteia pe care îi poate considera ca beneficiari de drepturi în temeiul acestei calități, conform legislației sale, și care nu au drepturi (altele decât cele legate de reședință), conform legislației sale. În lipsa unei definiții în legislația națională, membrii de familie sunt stabiliți conform definiției date în [anexa nr. 1](#) la Regulamentul (CEE) nr. 1.408/71.

PARAGRAFUL 2

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 74

(1) Formularul E 121 este solicitat de către titularul de pensie sau membrii de familie aflați în întreținerea acestuia casei de asigurări în evidența căreia sunt înregistrați ca persoane asigurate. Dacă aceștia nu prezintă formularul, instituția de la locul de reședință îl poate solicita casei de asigurări, prin intermediul formularului E 107.

(2) Casa de asigurări completează partea A a formularului, cu excepția pct. 3 și 4, și transmite două exemplare casei de pensii în evidența căreia se află titularul pensiei.

(3) După primirea formularului completat la pct. 3 și 4, transmis de către casa de pensii, casa de asigurări înmânează două exemplare persoanei interesate sau le transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

(4) La primirea formularului E 121, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea titularului de pensie și a membrilor de familie și informează casa de asigurări cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând acesteia un exemplar al formularului E 121 completat în partea B.

ART. 75

(1) Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

(2) Atunci când persoana interesată încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 121 îl anulează folosind formularul E 108.

ART. 76

Documente necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului E 121:

- a) copie de pe cartea de identitate/buletinul de identitate;
- b) copie de pe decizia de pensionare;
- c) dovada reședinței pe teritoriul altui stat membru, pentru solicitantul de pensie și membrii de familie.

PARAGRAFUL 3

Procedura efectuării înscrierii de către casele de asigurări

ART. 77

(1) La primirea formularului E 121, casa de asigurări, în calitate de instituție de la locul de reședință, realizează înscrierea titularului de pensie și a membrilor de familie ai acestuia și informează instituția competentă care i-a adresat formularul E 121 cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat, comunicând un exemplar al formularului completat în partea B.

(2) Membrii de familie înscriși pe baza formularului E 121 la casa de asigurări beneficiază pe teritoriul statului român de prestații în natură de boală sau maternitate, în numele instituției competente, dacă aceștia nu au deschise drepturi la prestații în baza legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(3) Casa de asigurări acordă solicitantului de pensie și membrilor de familie ai acestuia prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

(4) Membrii de familie sunt stabiliți de casa de asigurări conform legislației de asigurări sociale de sănătate din România.

(5) Membrii de familie ai pensionarului au obligația să informeze casa de asigurări cu privire la orice schimbare ce a intervenit în situația lor și care ar putea modifica dreptul lor la prestații de asigurare de boală și maternitate.

ART. 78

(1) Prestațiile acordate în baza formularului E 121 generează rambursări pe bază de sume forfetare.

(2) Sumele forfetare sunt facturate începând cu data înscrierii titularului de pensie și a membrilor de familie la instituția de la locul de reședință.

ART. 79

Atunci când titularul de pensie sau membrii de familie încetează a mai avea drepturi la prestații, instituția care a eliberat formularul E 121 îl anulează folosind formularul E 108.

PARAGRAFUL 4

Șederea temporară pe teritoriul României

ART. 80

(1) Pensionarii români care și-au schimbat reședința pe teritoriul unui alt stat membru și au fost înregistrați la locul de reședință prin formularul E 121 eliberat de casa de asigurări vor primi prestații în natură în România, în baza cardului

european de asigurări sociale de sănătate eliberat de instituția de la locul de reședință.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică prin analogie membrilor de familie ai titularului de pensie.

SECȚIUNEA a 17-a

Formularul E 125 "Extras individual privind cheltuielile efective"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 81

(1) Formularul E 125, prevăzut în [anexa nr. 17](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția de la locul de ședere sau de reședință care a acordat prestațiile aferente asigurării de boală ori maternitate sau care a efectuat un control ori o expertiză medicală în numele unei instituții competente a unui alt stat, prestațiile în cauză făcând obiectul unei rambursări pe bază de factură.

(2) Formularul se înaintează instituției competente, prin intermediul organismului de legătură al statului destinatar, în vederea rambursării cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată pe teritoriul unui stat membru, altul decât statul competent.

PARAGRAFUL 2

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

ART. 82

(1) În cazul asiguraților români care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European, în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în numele caselor de asigurări, instituția de la locul de ședere sau de reședință completează formularul E 125 și îl transmite casei de asigurări prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) La primirea formularului, casa de asigurări are obligația de a verifica dacă persoana pe numele căreia s-a emis formularul are calitatea de asigurat, precum și dacă prestația a fost acordată în perioada de valabilitate a documentului în baza căruia s-au acordat serviciile medicale.

(3) După efectuarea verificărilor prevăzute la alin. (2), casa de asigurări demarează procedura de rambursare conform [Normelor](#) metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată

în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 251 din 16 aprilie 2007, cu modificările și completările ulterioare.

PARAGRAFUL 3

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 83

În cazul asiguraților străini care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul României în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în numele instituției competente, formularul E 125 se completează de către casa de asigurări și se transmite instituției competente prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 84

Formularul E 125 se va completa cu datele de identificare ale instituției competente destinate și ale persoanei care a beneficiat de prestații în natură, seria și valabilitatea documentului în baza căruia aceasta a beneficiat de prestații, perioada în care prestațiile au fost acordate și natura acestora (îngrijiri medicale, îngrijiri dentare, medicamente, spitalizare, prestații în natură de valoare mare), precum și contravaloarea prestațiilor indicată în moneda națională.

ART. 85

(1) Pentru rambursarea prestațiilor în bani, formularul E 125 este emis atunci când există un acord privind plata acestor prestații de către instituția de la locul de ședere sau de reședință, în numele instituției competente.

(2) În cazul unei cereri de efectuare a unei expertize ori a unor controale medicale, rambursarea cheltuielilor este, de asemenea, solicitată prin intermediul acestui formular instituției care a solicitat respectivele examene medicale.

(3) În cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), în formularul E 125 se vor completa rubricile rezervate prestațiilor în bani și controalelor medicale.

SECȚIUNEA a 18-a

Formularul E 126 "Stabilirea tarifelor în vederea rambursării prestațiilor în natură"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 86

(1) Formularul E 126, prevăzut în [anexa nr. 18](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit de instituția competentă la care este luat în evidență asiguratul, în situația în care acesta a beneficiat de servicii medicale care au devenit necesare în timpul unei șederi temporare pe teritoriul unui alt stat membru, altul decât statul competent, și a suportat contravaloarea acestora, din motive de neprezentare sau de nerecunoaștere a cardului european de asigurări sociale de sănătate ori a certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia.

(2) Prin intermediul acestui formular, instituția competentă solicită instituției de la locul de ședere cuantumul cheltuielilor pe care le-ar fi rambursat unui asigurat al său dacă acesta ar fi beneficiat de servicii medicale în situația prevăzută la alin. (1). Instituția competentă, după primirea răspunsului din partea instituției de la locul de ședere, plătește asiguratului său contravaloarea sumei comunicate prin acest formular.

ART. 87

Atunci când asiguratul nu a efectuat formalitățile pentru a obține din partea instituției de la locul de ședere prestațiile în natură aferente asigurării de boală și maternitate, el prezintă instituției competente o cerere de rambursare în funcție de tarifele aplicate de instituția de la locul de ședere, prezentând facturile achitate.

PARAGRAFUL 2

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

ART. 88

(1) La primirea formularului E 126, casa de asigurări completează partea B, precizând suma care ar fi fost decontată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Casa de asigurări are obligația de a verifica dacă serviciile medicale respective se pot încadra în categoria serviciilor medicale acordate în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia.

PARAGRAFUL 3

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 89

(1) Casele de asigurări completează partea A a formularului E 126 cu toate datele solicitate, anexând actele doveditoare privind serviciile acordate și plata acestora, și transmit două exemplare instituției de la locul de ședere.

(2) La primirea solicitării, instituția de la locul de ședere completează partea B a formularului, menționând suma ce trebuie rambursată conform prevederilor [art. 86](#) alin. (2).

(3) În situația în care casa de asigurări nu este în măsură să stabilească instituția de la locul de ședere, se adresează organismului de legătură din statul membru de ședere.

(4) Dacă instituția de la locul de ședere estimează că suma reprezentând serviciile acordate nu poate face obiectul unei rambursări, indică acest lucru și precizează motivul pentru care o astfel de rambursare nu poate fi efectuată. În acest caz, casa de asigurări realizează rambursarea cheltuielilor asiguratului său, în urma informațiilor care i-au fost comunicate de instituția de la locul de ședere.

(5) Cuantumul rambursării nu poate depăși cheltuielile suportate de asigurat.

ART. 90

Pentru a efectua rambursările și a compensa cheltuielile angajate în cursul șederii, în cazul în care nu există tarife de rambursare în anumite state, iar suma ce trebuie rambursată nu depășește 1.000 euro și persoana solicitantă își dă acordul, casa de asigurări poate efectua rambursarea la nivelul tarifelor serviciilor medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

ART. 91

Dacă între cele două state există încheiat un acord care prevede fie renunțarea la orice rambursare, fie o rambursare forfetară, instituția de la locul de ședere, în momentul în care comunică tarifele cheltuielilor, transferă și suma ce trebuie rambursată persoanei interesate ori instituției competente, în funcție de termenii acordului încheiat.

ART. 92

În cazul în care legislația țării de ședere nu prevede tarife de rambursare, casa de asigurări poate rambursa direct cheltuielile, conform prevederilor [art. 7¹](#) din normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007, cu modificările și completările ulterioare.

SECȚIUNEA a 19-a

Formularul E 127 "Extras individual privind sumele forfetare lunare"

PARAGRAFUL 1

Dispoziții generale

ART. 93

(1) Formularul E 127, prevăzut în [anexa nr. 19](#) la prezentele norme metodologice, este întocmit atunci când rambursarea se face pe baza unei sume forfetare.

(2) Fac obiectul rambursării pe baza unei sume forfetare prestațiile acordate membrilor de familie ai unui lucrător salariat sau lucrător independent, care nu își au reședința pe teritoriul aceluiași stat membru ca și persoana în cauză, pe baza unui formular E 109 "Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor", sau prestațiile acordate pensionarilor și membrilor de familie ai acestora care nu își au reședința în statul membru în conformitate cu a cărei legislație primesc pensie și au dreptul la prestații, în baza unui formular E 121 "Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor".

(3) Suma prestațiilor în natură acordate conform alin. (2) se rambursează de instituțiile competente instituțiilor care au acordat prestațiile respective, prin intermediul organismului de legătură, pe baza unei sume forfetare stabilite pentru fiecare an calendaristic, cât mai apropiate posibil de cheltuielile reale efectuate.

ART. 94

Formularul E 127 este eliberat de instituția de la locul de reședință a familiei lucrătorului care nu își are rezidența împreună cu acesta ori a titularului pensiei și/sau membrilor familiei acestuia, aceasta fiind instituția care acordă prestațiile în numele instituției competente.

PARAGRAFUL 2

Procedura primirii formularului de către casele de asigurări

ART. 95

(1) La primirea formularului E 127, casele de asigurări centralizează sumele forfetare și efectuează toate verificările privind documentele în baza cărora s-a eliberat formularul.

(2) După validarea formularului, casele de asigurări vor efectua, prin intermediul organismului de legătură, plata sumelor forfetare, pe baza tarifelor publicate de statele solicitante în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, aferente anului pentru care s-a solicitat plata.

PARAGRAFUL 3

Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări

ART. 96

(1) Casa de asigurări care a efectuat înscrierea persoanelor menționate în formularul E 109 sau E 121 este susceptibilă de acordarea de servicii medicale în numele instituției competente.

(2) Casa de asigurări întocmește pentru fiecare persoană înscrisă un formular E 127.

(3) Suma forfetară este datorată din momentul în care înscrierea a fost efectuată, fie că sunt acordate sau nu prestații.

(4) Parametrii luați în considerare pentru stabilirea costului mediu anual sunt menționați în [anexa nr. 9](#) la Regulamentul (CEE) nr. 574/72.

SECȚIUNEA a 20-a Dispoziții finale

ART. 97

(1) Prezentele norme metodologice reprezintă un instrument pentru aplicarea [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) și a [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#) și nu înlocuiesc sau limitează prevederile acestora.

(2) În caz de eventuale contradicții între prevederile prezentelor norme metodologice și prevederile [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) și ale [Regulamentului \(CEE\) nr. 574/72](#), vor prevala prevederile regulamentelor.

ART. 98

În aplicarea prezentelor norme metodologice și a [regulamentelor \(CEE\) nr. 1.408/71](#) și [574/72](#), casele de asigurări vor utiliza modelele de formulare prevăzute în [anexele nr. 1 - 19*](#)), care fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

*) Anexele nr. 1 - 19 sunt reproduse în facsimil.

ART. 99

În situația în care persoana care a obținut un formular care deschide dreptul la prestații în natură într-un alt stat membru al Uniunii Europene/Spațiului Economic European nu păstrează calitatea de asigurat pe toată perioada de valabilitate a acestuia și beneficiază de aceste prestații în natură, persoana în cauză va suporta contravaloarea acestor servicii. În această situație, casa de asigurări emitentă a formularului va rambursa contravaloarea acestor servicii instituției din statul membru care a acordat prestațiile în natură și, ulterior, va recupera contravaloarea acestora de la persoana în cauză.

ART. 100

(1) În vederea eliberării formularelor prevăzute în prezentele norme metodologice, casele de asigurări verifică statutul de asigurat al persoanei.

(2) În situația în care în urma verificării prevăzute la alin. (1) se constată restanțe la plata contribuției lunare, trimestriale sau anuale de asigurări sociale de sănătate, în termenul de prescripție prevăzut de legislația financiar-fiscală, mai mari de 3 luni de la ultima plată integrală a contribuției, casele de asigurări vor refuza

eliberarea acestor formulare până la achitarea restanțelor și a majorărilor de întârziere, după caz.

ART. 101

Casele de asigurări pot solicita orice lămuriri instituțiilor competente sau de la locul de reședință ori de ședere sau organismelor de legătură cu privire la formularele emise sau solicitate de acestea.

ANEXA 1

la Normele metodologice

COMUNITĂȚI EUROPENE	A se vedea <<Instrucțiuni>> la pagina
4	
Regulamente de securitate socială	| <u> </u> | | <u> </u>
|*1)	
EEE*)	| <u> </u> | | <u> </u>
<input type="checkbox"/> Solicitare de informații	<input type="checkbox"/> un lucrător salariat
<input type="checkbox"/> Comunicare de informații independent	<input type="checkbox"/> un lucrător
<input type="checkbox"/> Solicitare de formulare	<input type="checkbox"/> un lucrător frontalier
<input type="checkbox"/> Reamintire	<input type="checkbox"/> un pensionar
pensie	<input type="checkbox"/> un solicitant de
	<input type="checkbox"/> un șomer
	<input type="checkbox"/> un membru de familie

Regulamentul 1408/71: articol 84

Instituția expeditoare completează partea A și trimite două exemplare instituției destinate. Aceasta completează partea B și returnează un exemplar la instituția expeditoare.

Formularul este utilizat pentru a completa alte formulare sau pentru orice schimb de informații care nu este prevăzut în mod formal în cadrul formularelor, cărora nu li se substituie în nici un caz.

Partea A

| 1. | Instituția destinatară

|____|_____

| -

| 1.1 |__| Denumirea:

| -

| 1.2 |__| Adresa*2):

|

|____|

| 2. | Informații privind asiguratul*3)

|____|_____

| 2.1 Nume de familie*4):

| 2.2 Nume de naștere*4):

| 2.3 Prenume*5):

| 2.4 Nume anterioare*6):

| 2.5 Sex*7):

|____|

| 3. Naționalitate*8): D.N.I.*9):

|____|

| 4. | Naștere

|____|_____

| 4.1 Data*10):

| 4.2 Localitatea*11):

| 4.3 Provincia sau departamentul*12):

|

| 4.4 Țara*13):

|____|

| 5. | Număr de înregistrare

| _____ |

| 5.1 la instituția expeditoare:

| |

| 5.2 la instituția destinatară:

| |

| _____ |

|

6. Adresa*2):

.....

.....

| 7. | Informații privind dosarul

| _____ |

| 7.1 Tipul prestației:

|

|

| |

| 7.2 Referința dosarului dată de instituția expeditoare:

|

|

| |

| 7.3 Referința dosarului dată de instituția destinatară:

|

|

| |

| _____ |

|

| E 001

|

| _____ |

| 8. | Membru de familie*14)

| _____ |

| 8.1 Nume de familie*4)

|

|

| |

| 8.2 Prenume

Nume de naștere*4)

|

| |

| |

| 8.3 Locul nașterii*11)

Data nașterii

|

| |

| |

| 8.4 Sex Naționalitate D.N.I.*9)
|
|
| 8.5 Adresa*2):
|
|
|_____

| 9.1 Cerere Reamintirea cererii din data de:
|
|_____

|
| Vă rugăm să ne trimiteți pentru persoana desemnată în rubrica | 2 |
8
9.1 formularul(-ele) următor(-are):
.....
-
9.2 documentul(-ele) următor(-are):
.....
.....
-
9.3 informația (informațiile) următor(-are):
.....
.....
9.4 Motivul cererii:
.....

| 10. Schimbare de situație: au intervenit următoarele schimbări
|_____

|
|
|
|
|
|_____

—

|11.| Diverse

|__|_____

|

..... |

|

..... |

|

..... |

|

..... |

|

|12.| Instituția care completează partea A

|__|_____

| 12.1 Denumirea: Numărul de cod*15):
..... |

| 12.2 Adresa*2):
..... |

|

..... |

| 12.3 Ștampila 12.4 Data

|

..... |

|

12.5 Semnătura

|

..... |

|

| E 001

Partea B

|13.|

|__|_____

| Ca urmare a cererii dumneavoastră din data de ... vă transmitem
alăturat|

|

|

| 13.1 |_) formularul(-ele) următor(-are):

..... |

|

|

| 13.2 | _ | documentul(-ele) următor(-are):

..... |
|

.....

| 13.3 | _ | informația (informațiile) următor(-are):

..... |
|

..... |
|

|14. |

| _ | _____

| Ca urmare a cererii dumneavoastră din data de

| Vă comunicăm că este imposibil să vă transmitem:

| -

| 14.1 | _ | formularul(-ele) următor(-are):

.....

| 14.2 | _ | documentul(-ele) următor(-are):

.....

| 14.3 | _ | informația (informațiile) următor(-are):

.....

| 14.4 | _ | Motive:

..... |
|

..... |
|

..... |
|

|15. | Diverse

| _ | _____

| |

| |

| |

| |

| |

|
..... |
|
—|

|16.|
|_|

|
| —
| |_| Ca urmare a transiterii dumneavoastra din data de
..... |
| Vă conformăm primirea informațiilor conținute în rubrica 10
|
|
—|

|17.| Instituția care completează partea B
|_|

| 17.1 Denumirea: Numărul de cod*15):
..... |
| 17.2 Adresa*2):
..... |
|
| |
| 17.3 Ștampila 17.4 Data
|
| |
| 17.5 Semnătura
|
| |
|
—|

| E 001

|
|_____|

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține nici o mențiune utilă.

NOTE

*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială: conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru Austria, Finlanda, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Suedia.

*1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează partea A a formularului: B = Belgia; DK = Danemarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spania; F = Franța; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburg; NL = Țările de Jos; P = Portugalia; GB = Regatul Unit; A = Austria; FIN = Finlanda; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Suedia.

*2) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară.

*3) Rubricile 2.1 - 2.5 privind identificarea vor fi completate în caz de nevoie.

*4) - Numele de familie cuprinde indicarea numelui uzual sau numelui dobândit prin căsătorie. Dacă formularul este completat de o instituție olandeză și dacă asiguratul sau membrul său de familie este o femeie căsătorită sau care a fost căsătorită, indicați, ca și nume de familie, numele soțului actual sau al ultimului soț.

- Numele de naștere trebuie să fie precizat mereu; dacă acesta este identic cu numele de familie, treceți eventual mențiunea <<idem>>. Dacă formularul este completat de o instituție olandeză și dacă asiguratul sau membrul său de familie este o femeie căsătorită sau care a fost căsătorită, indicați, ca și nume de naștere, numele de fată.

- Expresiile <<zis>> și <<alias>> și particulele trebuie să apară integral și în ordinea stării civile.

- Pentru resortisanții spanioli, indicați cele două nume de naștere.

- Pentru resortisanții portughezi, indicați toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile, așa cum apar pe cartea de identitate sau pe pașaport.

*5) Indicați toate prenumele în ordinea stării civile.

*6) De precizat eventual în caz de adopție sau de utilizare de alte nume utilizate în mod curent; expresiile <<zis>> și <<alias>> și particulele trebuie să apară integral și în ordinea stării civile.

*7) M = masculin; F = feminin.

*8) Dacă este nevoie, indicația data naturalizării.

*9) Pentru resortisanții spanioli, precizați numele care figurează pe cartea de identitate națională (D.N.I.), dacă acesta există, chiar dacă aceasta nu mai este valabilă. În lipsă, indicați <<fără obiect>>.

*10) Ziua și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01.08.1921).

Pentru orașele franceze care cuprind mai multe arondismente, indicați numărul arondismentului (spre exemplu: Paris 14). Pentru localitățile portugheze, indicați de asemenea parohia și comuna.

*12) Informație obligatorie pentru asigurații de naționalitate spaniolă, franceză sau italiană; această rubrică cuprinde, în funcție de țară indicația de apartenență teritorială la locul nașterii (spre exemplu, în ceea ce privește Franța, pentru o comună de naștere, Lille, trebuie indicat departamentul de naștere, Nord, asociat la codul departamentului dacă asiguratul îl cunoaște, fie, eventual, <<59>>. Informația trecută va fi astfel: <<Nord 59>>). Pentru persoanele născute în Spania, indicați doar provincia.

*13) Sigla țării de naștere a asiguratului conform codului internațional al automobilelor.

*14) De completat dacă este nevoie.

*15) De completat dacă există.

ANEXA 2 la Normele metodologice

3	COMUNITĂȚI EUROPENE	A se vedea<<Instrucțiuni>> la pagina
	Regulamente de securitate socială	| E 101 | |
|*1)	EEE*)	| | |

ATESTAT PRIVIND LEGISLAȚIA APLICABILĂ

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: [articol 13.2.d](#); [articol 14.1.a](#); [articol 14.2.a](#); [articol 14.2.b](#); [articol 14 bis.1.a](#)), 2 și 4; [articol 14 ter.1](#), 2 și 4; [articol 14 quater a](#); [articol 14 sexies](#); [articol 17](#)

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: [articol 11.1](#); [articol 11 bis.1](#); [articol 12 bis.2.a](#), 5.c și 7.a; [articol 12 ter.](#)

| 1. |	| |	Lucrător salariat	| |	Lucrător independent

| 1.1	Nume*2)			
| 1.2	Prenume (s)	Nume anterioare*2)		
| 1.3	Data nașterii*3)	Naționalitate	D.N.I.*4)	

| 1.4 Adresa obișnuită

| Strada Nr. C.P.
..... |
| Localitatea Cod poștal Țara
..... |

| 1.5 Nr. de identificare*5)

..... |

| 2. | | Angajator

| | Activitate independentă

| 2.1 Nume sau denumirea întreprinderii

|
|
..... |

| 2.2 Nr. de înregistrare*6)

..... |

|
|
| 2.3 Angajatorul este o agenție de recrutare da | | nu | |

| 2.4 Adresa obișnuită

| Telefon Fax E-mail
..... |
| Strada Nr. C.P.
..... |
| Localitate Cod poștal Țara
..... |

3. Asiguratul desemnat mai sus

3.1. | | a fost ocupat de angajatorul menționat mai sus de la data de
.....

| | exercită o activitate salariată de la data de
.....
În
.....

3.2. | | este detașat sau va exercita o activitate independentă timp de o
perioadă de până la probabil de la la
.....

3.3. | | în întreprinderea(-ile) de mai jos | | pe nava de mai jos

| 3.4. Nume sau denumire/denumiri a întreprinderii sau a navei

|

|
..... |
| 3.5. Adresa/Adresele

| Strada Nr. C.P.

..... |
| Localitatea Cod poștal Țara

..... |
| Strada Nr. C.P.

..... |
| Localitatea Cod poștal Țara

..... |
| 3.6. Nr. de identificare*6)

..... |

|

| E 101

|
|_____ |

4. Cine plătește salariul și cotizațiile de securitate socială ale
lucrătorului detașat?

4.1 Angajatorul desemnat la punctul 2

4.2 Întreprinderea desemnată la punctul 3.4

4.3 Alte în acest caz, indicați
numele

și

Adresa

Strada

Nr. C.P.

.....

.....
Localitatea Cod poștal Țara

.....

5. Asiguratul rămâne afiliat la legislația țării (*1)

5.1. potrivit dispozițiilor articolului

[13.2.d](#)

[14.1.a](#)

[14.2.a](#)

[14.2.b](#)

[14 bis.1.a](#)

[14 bis.2](#)

[14 bis.4](#)

[14 ter.1](#)

[14 ter.2](#)

[14 ter.4](#)

[14](#)

[quater.a](#)

[14 sexies](#)

[17](#)

din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71

5.2. |____| de la la
.....

5.3. |____| pe durata activității (a se vedea scrisoarea autorității
competente
sau a organismului desemnat în țara de angajare care autorizează
asiguratul
să rămână afiliat la legislația statului de origine a
detașării
din data de ref.
.....)

| 6 | Instituția competentă a cărei legislație este aplicabilă
|____| _____

| 6.1 Denumirea Număr de cod*7)
..... |

| 6.2 Adresa

| Telefon Fax E-mail
..... |

| Strada Nr. C.P.
..... |

| Localitatea Cod poștal Țara
..... |

| 6.3 Ștampila 6.4 Data

|
|

..... |
| 6.5 Semnătura

|
|

..... |
|

|
|

| E 101

|
|

|_____|

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate.
El se compune din 4 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar
dacă nu conține nici o mențiune utilă

Instituția desemnată de statul membru la a cărei legislație este afiliat lucrătorul
completează formularul, la cererea lucrătorului sau a angajatorului său și îl

adreseză solicitantului. Dacă lucrătorul este detașat în Belgia, în Olanda, în Finlanda, în Suedia sau în Islanda, aceasta va adresa de asemenea un exemplar din formular: în Belgia, Oficiului Național de securitate socială, la Bruxelles, dacă este vorba de lucrători salariați; institutului național de asigurări sociale pentru lucrătorii independenți, la Bruxelles, dacă este vorba de lucrători independenți; Casei de salvări și prevedere a marinarilor, la Anvers, dacă este vorba de marinari, sau la Serviciul de relații internaționale din ministerul afacerilor sociale, dacă este vorba de un funcționar; în Olanda, la Verzekeringsbank (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen; în Finlanda, la l'Elaketurvakeskus (Institutul central de asigurare de pensie), la Helsinki; în Sueda, la Riksforsakringsverket (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm; în Islanda, la Tryggingastofnun ríkisins (Institutul național de securitate socială) la Reykjavik.

Indicații pentru asigurat

Înainte de plecare pentru a lucra într-un stat membru altul decât cel în care sunteți asigurat, solicitați eliberarea, după caz, unui formular E 128 sau a unui formular E 106 de către instituția dumneavoastră de asigurare de boală-maternitate. Dacă dumneavoastră sau un membru de familie aveți nevoie de prestații în natură (spre exemplu: îngrijiri medicale, medicamente, spitalizare etc.) în țara în care lucrați, trebuie să urmați instrucțiunile indicate în formularul respectiv. Dacă sunteți în posesia unui formular E 106 trebuie să-l prezentați cât mai repede posibil la institutul de asigurare de boală-maternitate competent de la locul de angajare. Dacă sunteți în posesia unui formular E 128, îl păstrați până în momentul în care veți avea nevoie de un tratament medical. Dacă nu sunteți în posesia acestui formular, instituția de asigurare de boală-maternitate de la locul în care lucrați trebuie să-l solicite instituției la care sunteți asigurat.

Indicații pentru angajatori

Statul membru care primește o cerere de aplicare a articolelor mai sus menționate [14.1](#), [14 ter.1](#) sau [17](#) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 trebuie să informeze angajatorul și lucrătorul în cauză cu privire la condițiile în care lucrătorul detașat va putea continua să rămână afiliat legislației sale.

Angajatorul trebuie să fie informat cu privire la eventuale controale care pot fi efectuate în timpul perioadei de detașare, în vederea verificării că aceasta nu s-a încheiat. Aceste controale pot să fie axate pe plata cotizațiilor și pe menținerea relației directe. În plus, angajatorul lucrătorului detașat trebuie să informeze instituția competentă din statul de origine a detașării cu privire la orice schimbare intervenită în cursul perioadei de detașare, în special:

- dacă detașarea solicitată nu a avut loc sau dacă prelungirea solicitată a detașării nu a avut loc,

- dacă detașarea a fost întreruptă, cu excepția cazului în care întreruperea activităților lucrătorului în cadrul întreprinderii în țara de angajare are caracter pur temporar,

- dacă lucrătorul detașat a fost afectat de angajatorul său unei alte întreprinderi în statul de angajare.

În primele două cazuri, va trebui să trimită prezentul formular instituției competente din statul de origine a detașării.

Indicații pentru instituția de la locul de ședere

Dacă persoana în cauza este în posesia atestatului potrivit (E 128 sau E 106), instituția de asigurare din țara de ședere îi va acorda, cu titlu provizoriu, prestațiile în caz de accidente de muncă sau boli profesionale. În acest caz, dacă respectiva instituție are nevoie de formularul E 123, ea se va adresa cât mai curând posibil:

în Belgia, pentru lucrătorii salariați, în caz de boli profesionale, la Fondul de boli profesionale, la Bruxelles, și, în caz de accidente de muncă, la compania de asigurări indicată de angajator;

în Danemarca, la <<Arbejdsskadestyrelsen>> (Consiliul național pentru accidente de muncă), la Copenhaga;

în Germania, <<Berufsgenossenschaft>> (Instituția de asigurare împotriva accidentelor) competentă;

în Spania, la <<Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social>> (Direcția provincială a institutului național de securitate socială);

în Irlanda, la <<Department of Health, Planning Unit>> (Ministerul muncii, unitatea planificare), la Dublin 2;

în Italia, la sediul provincial competent al <<Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro>> (INAIL) (Institutul național de asigurare împotriva accidentelor de muncă);

în Luxemburg, la Asociația de asigurare împotriva accidentelor;

în Olanda, la <<Sociale Verzekeringsbank>> (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen;

în Austria, la instituția de asigurare împotriva accidentelor competentă;

în Portugalia, la <<Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais>> (Centrul național pentru protecția împotriva riscurilor profesionale), la Lisabona;

în Finlanda, la <<Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto>> (Federația instituțiilor de asigurare împotriva accidentelor), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;

în Suedia, la <<Forsakringskassan>> (Oficiul asigurărilor sociale);

în toate celelalte state membre, instituției de asigurare de boală competentă;

în Islanda, la <<Tryggingastofnun ríkisins>> (Institutul național al securității sociale), la Reykjavik,

în Liechtenstein, la <<Amt fur Volkswirtschaft>> (Oficiul economiei naționale), la Vaduz;

în Norvegia, la <<Folketrygdkontoret for utenlandssaker>> (Oficiul național al asigurărilor sociale în străinătate), la Oslo.

Dacă lucrătorul este afiliat regimului francez de securitate socială, pentru a recunoaște drepturile la prestații casa competentă este casa de afiliere, care nu poate fi cea care figurează pe formularul E 101. Formularele E 128 sau E 123 vor trebui să fie, dacă este nevoie, solicitate casei de la locul obișnuit de reședință al lucrătorului.

Dacă un lucrător independent este afiliat unui regim finlandez sau islandez de securitate socială, este mereu necesar să se solicite un formular E 123.

Dacă un lucrător care este afiliat unui regim islandez de securitate socială suferă un accident de muncă sau este atins de o boală profesională, angajatorul trebuie să comunice mereu acest lucru instituției competente.

NOTE

*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială: conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru: Islanda, Liechtenstein și Norvegia.

*1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează partea A a formularului: B = Belgia; DK = Danemarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spania; F = Franța; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburg; NL = Olanda; A = Austria; P = Portugalia; FIN = Finlanda, S = Suedia; GB = Regatul Unit; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

*2) Pentru resortisanții spanioli, indicați cele două nume de naștere.

Pentru resortisanții portughezi, indicați toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile, așa cum apar pe cartea de identitate sau pe pașaport.

*3) Ziua și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01.08.1921).

*4) Pentru resortisanții spanioli, precizați numele care figurează pe cartea de identitate națională (D.N.I.), dacă acesta există, chiar dacă aceasta nu mai este valabilă. În lipsă, indicați <<fără obiect>>.

*5) Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației belgiene, indicați numărul de înregistrare de securitate socială al lucrătorului (NISS).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației daneze, indicați numărul CPR.

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației olandeze, indicați numărul SOFI.

*5) Vă rugăm să precizați maximul de informații care să permită identificarea angajatorului sau a întreprinderii lucrătorului independent.

În cazul unui vas, precizați numele acestuia și numărul său de înregistrare.

Pentru Belgia, precizați pentru lucrătorii salariați, numărul de înregistrare ONSS al angajatorului și, pentru lucrătorii independenți, numărul de TVA.

Pentru Danemarca, precizați numărul SE.

Pentru Germania, precizați <<Betriebsnummer des Arbeitgebers>>.

Pentru Franța, precizați numărul SIRET.

Pentru Spania, precizați <<Codigo de Cuenta de Cotizacion del Empresario CCC>> (codul contului de contribuții al angajatorului).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației finlandeze în materie de accidente de muncă, vă rugăm să indicați numele instituției de asigurare privind accidentele de muncă competentă.

Pentru Norvegia, indicați numărul organizației.

*7) De completat dacă există.

ANEXA 3

la Norme metodologice

3	COMUNITĂȚI EUROPENE	A se vedea <<Instrucțiuni>> la pagina
	Regulamente de securitate socială	| E 102 | |
|*1)	EEE*)	| | |

PRELUNGIREA DETAȘĂRII SAU A ACTIVITĂȚILOR INDEPENDENTE

Regulamentul 1408/71: [articol 14.1.b](#); [articol 14 bis.1.b](#); [articol 14 ter.1](#) și 2

Regulamentul 574/72: [articol 11.2](#) și [11 bis.2](#)

A. De completat de angajator sau de lucrătorul independent

| 1. |	Instituția destinatară*2)

| 1.1 |	Denumirea:

| 1.2 Adresa: |
| Telefon: Fax: |
| Strada: Nr.: C.P. |
| |
| Localitatea: Cod poștal: Țara: |
| |
|_____

| | Lucrător salariat | | Lucrător independent
|_____

| 2.1 Nume*3):
| |
| 2.2 Prenume: Nume anterioare*3): |
| |
| 2.3 Data nașterii*4): Naționalitatea: D.N.I.*5): |
| |
| 2.4 Adresa obișnuită:
| Strada: Nr.: C.P.: |
| Localitatea: Cod poștal: Țara: |
| 2.5 Nr. de înregistrare*6): |
|_____

3. Asiguratul desemnat mai sus

a fost detașat

exercită o activitate independentă conform dispozițiilor articolului:

3.1 [14.1.a](#) [14 bis.1.a](#) [14 ter.1](#)

[14 ter.2](#) din Regulamentul 1408/71

3.2 pentru perioada de la la

3.3 în întreprinderea(-ile) de mai jos pe vasul de mai jos

| 3.4 Numele sau denumirea întreprinderii sau a vasului
|
|
..... |
| 3.5 Adresa:
..... |
| Telefon: Fax:
..... |
| Strada: Nr.: C.P.:
..... |
| Localitatea: Cod poștal: Țara:
..... |
| 3.6 Nr. de identificare*7):
..... |
|
|_____

|_____ |

4. Asiguratul era posesorul unui atestat privind legislația aplicabilă
(formularul E 101)
4.1 Eliberat de instituția următoare:
Denumirea
.....
Strada Nr. C.P.
.....
Localitatea Cod poștal Țara
.....
4.2 în data de și care expiră în data de
.....
5. Solicităm continuarea afilierei asiguratului la legislația din țara*1)

|_____|
5.1 pentru perioada de la la
.....*8)

| 6. | | Angajator | | Activitate independentă
|_____

| 6.1 Nume sau denumire
|
|
..... |
| 6.2 Nr. de identificare*7)
|
|
..... |
| 6.3 Adresa:
|
| Telefon: Fax:
..... |
| Strada: Nr.: C.P.:
..... |

.....
Localitatea: Cod poștal: Țara:
..... |
| 6.4 Ștampila 6.5 Data
|
..... |
| 6.6 Semnătura
|
..... |
| _____
| _____

B. De completat de autoritatea competentă sau de organismul desemnat din țara de angajare*9)

7. Declaram:

7.1. că suntem de acord că nu suntem de acord
ca asiguratul citat în rubrica 2 să rămână afiliat la legislația
de

securitate socială din țara |_____|*1)

7.2 pe perioada de la la
.....

| E 102

|
| _____ |

| 8. | Autoritatea competentă sau organismul desemnat din țara de angajare
| _____ |

| 8.1 Denumirea: Număr de cod*10):
..... |

| 8.2 Adresa:

| Telefon: Fax:
..... |

| Strada: Nr.: C.P.:
..... |

| Localitatea: Cod poștal: Țara:
..... |

| 8.3 Ștampila 8.4 Data
|

..... |
| 8.5 Semnătura
|

..... |

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie completat cu litere de tipar (în patru exemplare), utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține nici o mențiune utilă.

Indicații pentru angajator sau pentru lucrătorul independent

(a) Angajatorul sau lucrătorul independent trebuie să completeze partea A a formularului în 4 exemplare pe care le va trimite autorității competente sau organismului desemnat din țara în care lucrătorul a fost detașat sau în care exercită o activitate independentă, respectiv:

în Belgia, pentru lucrătorii salariați, Oficiul național de securitate socială, la Bruxelles; pentru lucrătorii independenți, Institutul național de asigurări sociale pentru lucrătorii independenți, la Bruxelles; pentru marinari, Casa de salvări și de prevedere a marinarilor, la Anvers;

în Danemarca, <<Direktoratet for Social Sikring og Bistand>> (Oficiul național de securitate socială și de asistență socială), la Copenhaga;

în Germania, <<Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland>> (Organismul de legătură pentru asigurarea de boală - străinătate), la Bonn;

în Grecia, oficiul regional sau local al institutului de asigurări sociale (IKA), pentru lucrătorii salariați, casa de pensii a marinarilor (NAT), pentru marinari; instituția desemnată pentru fiecare categorie profesională în [anexa 10](#) - F Grece, [Regulamentul \(CEE\) nr. 574/72](#), pentru lucrătorii independenți;

în Spania, <<Tesoreria General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales>> (Trezoreria centrală de securitate socială - Ministerul muncii și afacerilor sociale), la Madrid;

în Franța, Direcția regională a afacerilor sanitare și sociale și, pentru lucrătorii salariați în domeniul agriculturii, Directa regională a agriculturii și pădurilor - Serviciul regional de inspecție a muncii, de ocupare și politică socială;

în Irlanda, <<Department of Social Welfare, PRSI Special Collection Section>> (Ministerul prevederii sociale, secția specială de colectare PRSI), la Dublin 2;

în Italia, <<Ministero del Lavoro e della previdenza sociale>> (Ministerul muncii și prevederii sociale), la Roma;

în Luxemburg, Inspecția generală de securitate socială, la Luxemburg;

în Olanda, <<Sociale Verzekeringsbank>> (Banca de asigurări sociale), la Amstelveen;

în Austria, Bundesministerium fur Arbeit, Gesundheit und Soziales (Ministerul federal al muncii, sănătății și afacerilor sociale), la Viena;

în Portugalia, pentru continent: <<Departamento de Relacoes Internacionais de Seguranca Social>> (Departamentul de relații internaționale și de securitate socială), la Lisabona; pentru Madeira: <<Secretario Regional dos Assuntos Sociais>> (Secretarul regional al afacerilor sociale), la Funchal, pentru Acores: <<Direccao Regional de Seguranca Social>> (Direcția regională de securitate socială), la Angra do Heroismo;

în Finlanda, <<Elaketurvakeskus>> (Institutul central de asigurare de pensie), la Helsinki;

în Suedia, <<Riksforsakringsverket>> (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm;

în Marea Britanie, <<Contributions Agency DSS, International Services>> (Biroul de cotizații - Ministerul securității sociale, serviciul internațional), la Newcastle-upon-Tyne, sau <<Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch>> (Biroul de securitate socială în Irlanda de Nord, serviciul internațional), la Belfast, după caz;

în Islanda, <<Tryggingastofnun rikisins>> (Institutul național de securitate socială), la Reykjavik;

în Liechtenstein, <<Amt fur Volkwirtschaft>> (Oficiul economiei naționale), la Vaduz;

în Norvegia, <<Folketrygdkontoret for utenlandssaker>> (Oficiul național al asigurărilor sociale în străinătate), la Oslo.

|

| _____ |

b) Două exemplare din formular, completat în partea B, vor fi trimise angajatorului sau lucrătorului independent. Angajatorul va da un exemplar al formularului lucrătorului salariat.

c) Statul membru care primește o solicitare de aplicare a articolelor menționate mai sus [14.1](#) sau [14 ter.1](#) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 trebuie să informeze angajatorul și lucrătorul în cauză cu privire la condițiile în care lucrătorul detașat va putea rămâne afiliat la legislația sa.

Angajatorul trebuie să fie informat cu privire la eventuale controale care pot fi efectuate în timpul perioadei de detașare, în vederea verificării că aceasta nu s-a încheiat. Aceste controale pot să fie axate pe plata cotizațiilor și pe menținerea relației directe.

În plus, angajatorul lucrătorului detașat trebuie să informeze instituția competentă din statul de origine a detașării cu privire la orice schimbare intervenită în cursul perioadei de detașare, în special:

- dacă detașarea solicitată nu a avut loc sau dacă prelungirea solicitată a detașării nu a avut loc,

- dacă detașarea a fost întreruptă, cu excepția cazului în care întreruperea activităților lucrătorului în cadrul întreprinderii în țara de angajare are caracter pur temporar.

- dacă lucrătorul detașat a fost afectat de angajatorul său unei alte întreprinderi în statul de angajare.

În primele două cazuri, va trebui să trimită prezentul formular instituției competente din statul de origine a detașării.

NOTE

*) Acord EEE privind Spațiul Economic European, anexa VI, securitate socială: conform acestui acord, prezentul formular este valabil și pentru, Islanda, Liechtenstein și Norvegia.

*1) Sigla țării în care întreprinderea își are sediul;

B = Belgia; DK = Danemarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spania; F = Franța; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburg; NL = Olanda; A = Austria; P = Portugalia; FIN = Finlanda; S = Suedia; GB = Marea-Britanie; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

*2) A se vedea indicațiile date la punctul a) potrivit <<Indicații pentru angajator sau pentru lucrătorul Independent>>.

*3) Pentru resortisanții spanioli, indicați cele două nume de naștere.

Pentru resortisanții portughezi, indicați toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile, așa cum apar pe cartea de identitate sau pe pașaport.

*4) Ziua și luna sunt fiecare exprimate cu ajutorul a două cifre, anul cu ajutorul a patru cifre (spre exemplu 1 august 1921 = 01.08.1921).

*5) Pentru resortisanții spanioli, precizați numele care figurează pe cartea de identitate națională (D.N.I.), dacă acesta există, chiar dacă aceasta nu mai este valabilă. În lipsă, indicați <<fără obiect>>.

*6) Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației belgiene, indicați numărul de înregistrare de securitate socială al lucrătorului (NISS).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației daneze, indicați numărul CPR.

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației olandeze, indicați numărul SOFI.

*7) Vă rugăm să precizați maximul de informații care să permită identificarea angajatorului sau a întreprinderii lucrătorului independent. În cazul unui vas, precizați numele acestuia și numărul său de înregistrare.

Pentru Belgia, precizați pentru lucrătorii salariați, numărul de înregistrare ONSS al angajatorului și, pentru lucrătorii independenți, numărul de TVA.

Pentru Danemarca, precizați numărul SE.

Pentru Germania, precizați <<Betriebsnummer des Arbeitgebers>>.

Pentru Franța, precizați numărul SIRET.

Pentru Spania, precizați <<Codigo de Cuenta de Cotizacion del Empresario CCC>> (codul contului de contribuții al angajatorului).

Pentru lucrătorii care fac obiectul legislației finlandeze în materie de accidente de muncă, vă rugăm să indicați numele instituției de asigurare privind accidentele de muncă competentă.

Pentru Norvegia, indicați numărul organizației

*8) Această perioadă nu poate depăși 24 luni de la data începerii detașării sau activității independente.

*9) Două exemplare trebuie să fie restituite solicitantului, un exemplar trebuie trimis instituției desemnate în țara în care întreprinderea își are sediul.

*10) A se completa dacă există.

ANEXA 4

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ PENTRU
SECURITATEA SOCIALĂ

| *1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 103 | | RO

| _____ | | _____ |

EXERCITAREA DREPTULUI DE OPȚIUNE

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: [articol 16\(2\)](#) și (3);

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: [articol 13\(2\)](#) și [13\(3\)](#): [articol 14\(1\)](#) și [14\(2\)](#)

După completarea părții A a formularului, conform punctelor a) și b) din instrucțiuni, persoana asigurată trebuie să depună sau să remită formularul conform punctelor a) și c) din instrucțiuni. Instituția care primește formularul trebuie să completeze partea B și să trimită un exemplar persoanei asigurate.

Formularul trebuie completat cu majuscule (în triplu exemplar), folosindu-se numai liniile punctate. Cuprinde 3 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi eliminată.

A. Opțiune

1. Subsemnatul

1.1 Nume*2):

..... |

1.2 Prenume*3):

..... |

1.3 Nume purtat(e) anterior:

..... |

1.4 Data nașterii: 1.5. Cetățenie:

..... |

|

..... |

1.6 Codul personal de identificare*4)

..... |

|

____|

2. Angajat de la:

2.1.*4) în calitate de: la misiunea diplomatică sau

oficiul consular menționat în cele ce urmează:

2.2.*4) ca:

.....

În rândul personalului privat al următorului angajator*5):

agent al misiunii diplomatice sau oficiului consular menționat

în

continuare:

.....

2.3. ca membru al personalului auxiliar al Comunităților Europene

3. Optează prin prezenta să se supună legislației de securitate socială

3.1.*6) a Statului de cetățenie

3.2.*6) a statului la a cărui legislație a fost supus ultima dată și anume

legislației din:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Belgia | <input type="checkbox"/> Republica Cehă | <input type="checkbox"/> Danemarca | <input type="checkbox"/> Germania | <input type="checkbox"/> Estonia |
| <input type="checkbox"/> Grecia | <input type="checkbox"/> Spania | <input type="checkbox"/> Franța | <input type="checkbox"/> Irlanda | <input type="checkbox"/> Italia |
| <input type="checkbox"/> Cipru | <input type="checkbox"/> Letonia | <input type="checkbox"/> Lituania | <input type="checkbox"/> Luxemburg | <input type="checkbox"/> Ungaria |
| <input type="checkbox"/> Malta | <input type="checkbox"/> Olanda | <input type="checkbox"/> Austria | <input type="checkbox"/> Polonia | <input type="checkbox"/> Slovenia |
| <input type="checkbox"/> Portugalia | <input type="checkbox"/> Slovacia | <input type="checkbox"/> Finlanda | <input type="checkbox"/> Suedia | <input type="checkbox"/> Regatul
Unit
al Marii
Britanii |

-

-

-

-

Islanda Liechtenstein Norvegia Elveția

4. Locul și data:

5. Semnătura:

6. Autoritatea Comunităților Europene care a încheiat contractul cu un membru

al personalului auxiliar:

6.1 Denumire:

..... |

6.2 Adresă:

..... |

..... |

6.3 Ștampilă

6.4 Dată

..... |

6.5 Semnătură

..... |

|

..... |

| E 103

|

| _____ |

B. Am luat cunoștință de faptul că persoana menționată la rubrica (1) este supusă legislației din*6):

Belgia Republica Cehă Danemarca Germania Estonia

Grecia Spania Franța Irlanda Italia

Cipru Letonia Lituania Luxemburg Ungaria

Malta Olanda Austria Polonia Portugalia

Slovenia Slovacia Finlanda Suedia Regatul
Unit
al Marii
Britanii

Islanda Liechtenstein Norvegia Elveția

7.1 De la data de:

7.2. Pe parcursul perioadei în care a desfășurat activitatea menționată în partea A a prezentului formular*7):

8. Instituția desemnată de autoritatea competentă

| 8.1 Denumire:	
.....	
| 8.2. Număr de identificare al instituției:	
.....	
| 8.3 Adresă:	
.....	
| 8.4 Ștampilă	8.5 Dată
.....	
|	8.6 Semnătură
.....	

Pentru misiunile diplomatice sau oficiile consulare și personalul de serviciu al acestora

a) După completarea părții A a formularului, cu excepția secțiunii 6, trebuie să remiteți angajatorului dvs. un exemplar al formularului și să transmiteți două exemplare instituției desemnate de autoritatea competentă a statului pentru a cărei legislației ați optat, și anume:

în Belgia "Office național de securitate sociale" (Oficiului Național de Securitate Socială), din Bruxelles;

în Republica Cehă, "Česká správa sociálního zabezpečení" (Administrației Cehe de Securitate Socială), din Praga;

în Danemarca, <<Den Sociale Sikringsstyrelse>> (Agenției Naționale de Securitate Socială), din Copenhaga;

în Germania, Oficiului din Bonn al "Krankenkasse" (Fondului de Asigurări de Boală), pentru care a optat persoana asigurată, din Bonn;

în Estonia, "Sotsiaalkindlustusamet" (Consiliului de Asigurări Sociale), din Tallinn;

în Grecia, filialei regionale sau locale a Institutului de Asigurări Sociale (IKA);

în Spania, <<Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales>> (Trezoreriei Centrale de Securitate Socială - Ministerul Muncii și Securității Sociale), din Madrid;

în Franța, "Caisse primaire d'assurance maladie" (Fondului de Asigurări de Boală), Paris;

în Irlanda, "Department of Social and Family Affairs" (Departamentului Afacerilor Sociale și Familiale), Dublin;

în Italia, oficiului local competent al "Istituto nazionale della previdenza sociale INPS": (Institutului Național de Prevederi Sociale);

în Letonia, "Valsts socialas apdrošināšanas aģentūra" (Agenției de Asigurări Sociale de Stat);

în Lituania, "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyha" (Consiliului Fondului Național de Securitate Socială), din Vilnius;

în Luxemburg, "Centre commun de la securite sociale" (Centrului comun de securitate socială), din Luxemburg;

în Ungaria, "Fovarosi es Pest Megyei Egeszsegbiztositasi Penztar" (Fondului Regional de Asigurări de Boală pentru regiunea Pesta și capitală), din Budapesta;

în Malta, "Dipartiment tas-Sigurta ' Socjali" (Departamentului securității sociale)", 38, din Valletta;

în Olanda, <<Sociale Verzekeringsbank>> (Băncii de Asigurări Sociale), din Amstelveen;

în Austria, instituției competente în materie de asigurări de boală, din Viena;

în Polonia, "Zaklad Ubezpieczen Spolecznych - ZUS" (Instituției de Asigurări Sociale), din Varșovia;

în Portugalia, "Departamento de Relacoes Internacionais de Seguranca Social" (Departamentului de relații internaționale și convenții de securitate socială), din Lisabona;

în Slovenia, instituției regionale competente a "Zavod za zdravstveno zavarovanje Siovenije" (ZZZS) (Institutului de Asigurări de Sănătate din Slovenia);

în Slovacia, "Socialna poist'ovna" (Agenției de Asigurări Sociale)", la Bratislava;

în Finlanda, "Elaketurvakeskus" (Centrului finlandez pentru pensii), din Helsinki;

în Suedia, "Fdrsakringskassant", Huvudkontoret (Oficiului Central al Agenției Suedeze de Asigurări Sociale), din Stockholm;

în Regatul Unit al Marii Britanii, "The Inland Revenue Center for Non-Residents" (Centrului de venituri interne pentru cetățenii străini, Benton Park View, din Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ);

în Islanda, <<Tryggingastofnun rikisins>> (Institutului de stat pentru securitate socială), din Reykjavik;

în Liechtenstein, <<Amt fur Volkswirtschaft>> (Oficiului de economie națională), din Vaduz;

în Norvegia, <<Folketrygdkontoret for utenlandssaker>> (Oficiului național de asigurări sociale în străinătate), din Oslo;

în Elveția, "Caisse federale de Compensation" (Fondului Federal de Compensare), din Berna.

Pentru autoritatea Comunităților Europene împuternicită să încheie contracte de muncă cu personalul auxiliar

b) În cazul în care o persoană angajată ca membru al personalului auxiliar își exprimă dorința de a face uz de dreptul de opțiune, autoritatea împuternicită a Comunităților Europene trebuie să se asigure de faptul că persoana în cauză completează partea A a formularului, cu excepția punctului 6, care urmează a fi completat de către autoritatea în cauză.

c) Două exemplare ale formularului vor fi transmise instituției desemnate de către autoritatea competentă a Statului Membru pentru a cărui legislație a optat persoana în cauză (vezi pct. a) de mai sus).

NOTE

*1) Sigla statului în care își are sediul instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; 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 = Olanda; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda, SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.

*2) A se preciza toate numele de familie așa cum sunt înscrise în actele de stare civilă.

*3) A se preciza toate prenumele așa cum sunt înscrise în actele de stare civilă.

*4) Pentru lucrătorii supuși legislației belgiene, a se indica numărul național de înregistrare.

Pentru lucrătorii supuși legislației spaniole, a se indica numărul de securitate socială.

Pentru lucrătorii supuși legislației malteze, a se indica numărul cardului de identitate, în cazul cetățenilor maltezi sau numărul maltez de securitate socială în cazul cetățenilor străini.

Pentru lucrătorii supuși legislației slovace, a se indica numărul slovac de înregistrare a nașterii, dacă există.

Pentru lucrătorii supuși legislației poloneze, a se indica numerele PESEL și NIP sau, în cazul în care aveți un astfel de număr, seria și numărul cardului de identitate sau al pașaportului.

*5) A se indica numele și prenumele angajatorului.

*6) A se marca cu un "x" căsuța corespunzătoare statului respectiv. Vă rugăm să aveți în vedere faptul că angajații misiunilor diplomatice sau al oficiilor consulare, precum și membrii personalului privat de serviciu al agenților acestor misiuni sau consulate pot opta doar pentru legislația de securitate socială a statului de cetățenie.

*7) Dreptul de opțiune al angajaților misiunilor diplomatice sau ai oficiilor consulare, precum și al membrilor personalului privat de serviciu al agenților acestor misiuni sau consulate poate fi exercitat la sfârșitul fiecărui an calendaristic.

ANEXA 5
la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
| *1) A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 104 | |
| | | |

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. 574/7: 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 căru 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 Denumirea:
..... |

| 1.2 Număr de identificare a instituției:
..... |

| 1.3 Adresă:
..... |

|
| |
| _____
|

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 Începând cu
- 3.2 Conform legislației țării dumneavoastră, pentru riscul:

|_ boală - maternitate*5) | deces (alocație) |_ invaliditate*6)

| E 104

|
| _____ |

| 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: | _____ |*5)

| _____ |

|

|

| 6.1 De la la*8) pentru*9) riscul de

|_*10) |

		—
|	6.2 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.3 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.4 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.5 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.6 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.7 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.8 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.9 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	6.10 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	

| 7.1 Perioadele de reședință următoare:

		—
|	7.1 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	7.2 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—
|	7.3 De la la .....*8) pentru*9) riscul de	
|	|_*10) |	
		—

| 7.4 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.5 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.6 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.7 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.8 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.9 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |
|
| 7.10 De la la*8) pentru*9) riscul de
|_*10) |

—
—
—
—
—
—
—
—

—|
| 8.1 Instituția care completează partea B
|_|

—| 8.1 Denumire:
..... |
| 8.2 Număr de identificare a instituției:
..... |
|
..... |
| 8.3 Adresă:
..... |
|
..... |
| 8.4 Ștampila 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) 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.

ANEXA 6

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ

| *1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 106 | |

| | |

ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ ALE
ASIGURĂRII DE BOALĂ - MATERNITATE ÎN CAZUL PERSOANELOR
CARE ÎȘI AU REȘEDINȚA ÎNTR-UN ALT STAT DECÂT STATUL
COMPETENT

Lucrători salariați sau independenți și membrii familiei lor care au reședința împreună cu ei; membrii ai familiei lucrătorilor în situație de șomaj

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 19\(1\)\(a\)](#); [articolul 19\(2\)](#); [articolul 25\(3\)\(i\)](#)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 17\(1\)](#) și (4) și [articolul 27](#) (prima frază)

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare asiguratului, sau le transmite - eventual prin intermediul organismului de legătură - instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia. Aceasta din urmă, odată intrată în posesia celor două exemplare în cauză, completează partea B a acestora și returnează unul din cele două exemplare instituției competente.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificarea dreptului

| 1. | Instituția de la locul de reședință*2)

| _____ |

| 1.1 Denumire:

..... |

| 1.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 1.3 Adresă:

..... |

|

..... |

| 1.4 Referință: formularul dumneavoastră E 107 din

..... |

|

_____|

| 2. | Asigurat

| _____ |

| 2.1 Nume*3) :

|

.....	
2.2 Prenume*4):	Data nașterii
.....	
.....	
2.3 Nume anterioare:	
2.4 Adresa în țara de reședință:	
.....	
2.5 Număr de identificare personal:	
.....	
-	
2.6 Persoana asigurată | _ |	Lucrător salariat
-	
2.7 Persoana asigurată | _ |	Lucrător independent
-	
2.8 Persoana asigurată | _ |	Lucrător frontalier (salariat)
-	
2.9 Persoana asigurată | _ |	Lucrător frontalier (independent)
-	
2.10 Persoana asigurată | _ |	Lucrător în șomaj
.....	

3. Membrul familiei*5)

3.1 Nume*3):	
.....	
3.2 Prenume*4):	Data nașterii:
.....	
.....	
3.3 Nume anterioare:	
.....	
3.4 Adresa în țara de reședință:	
.....	
.....	
3.5 Număr de identificare personal:	
.....	

4.1 Lucrătorul menționat mai sus și membrii familiei sale*6) care au reședința împreună cu el

4.2 | Membrii familiei*6) șomerului menționat mai sus
5. au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală - maternitate începând cu

6. | Persoanele interesate păstrează acest drept

6.1 | până la anularea prezentului atestat

6.2 | timp de un an de la data specificată la rubrica 5*7)

6.3 | până la data inclusiv*8)

7. | Instituția competentă pentru asigurare de boală - maternitate

7.1 Denumire:

7.2 Număr de identificare a instituției:

7.3 Adresă:

7.4 Ștampila

7.5 Data:

7.6 Semnătura:

B. Notificarea înscrierii*9)

| 8. |
| | _____

| -
| 8.1 | | | Lucrătorul indicat la rubrica 2 și membrii familiei sale
| -
| 8.2 | | | Membrii familiei șomerului indicat la rubrica 3
| -
| 8.3 | | | au fost înscriși la noi la data de
.....
8.4
.....
.....

| |
| 9. |
| | _____

9.1	Nume*3)	Prenume*4)	Nume anterioare	Data nașterii	Număr de identificare
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

| |
| 10. | Instituția de la locul de reședință
| | _____

| 10.1 Denumire:
| |

| 10.2 Număr de identificare a instituției	
| 10.3 Adresă:	
| 10.4 Ștampila	10.5 Data:
|	10.6 Semnătura

| E 106	

Indicații pentru asigurat

(a) Prezentul formular vă dă dreptul, dumneavoastră și membrilor familiei dumneavoastră, la prestațiile în natură ale asigurării de boală - maternitate. Dacă sunteți în șomaj, prezentul formular nu vă este destinat, ci se adresează numai membrilor familiei dumneavoastră care rezidă într-un alt stat membru decât cel în care sunteți asigurat.

(b) Cele două exemplare ale formularului, aflate în posesia dumneavoastră, trebuie să fie înmânate cât mai repede posibil instituției de asigurare de boală - maternitate de la locul dumneavoastră de reședință. Dacă sunteți în șomaj, formularul trebuie să fie înmănat de membrii familiei dumneavoastră instituției de asigurare de boală - maternitate de la locul lor de reședință.

(c) Instituțiile de boală - maternitate în cauză sunt:
în Belgia, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;
în Republica Cehia, <<Zdravotni pojist'ovna>>, casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;
în Danemarca, autoritatea municipală din locul de reședință;
în Germania, <<Krankenkasse>> (casa de boală) ales de persoana interesată;
în Estonia, <<Eesti Haigekassa>> (casa de asigurare de sănătate estoniană);
în Grecia, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA). Acesta 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 de securitate socială) de la locul de reședință. Dacă aveți nevoie de prestații, vă puteți adresa serviciului

medical și spitalicesc din sistemul de sănătate acoperit de asigurările sociale spaniole. A se anexa o fotocopie la formular;

în Franța, <<Caisse primaire d'assurance-maladie>> (Casa primară de asigurări de boală);

în Irlanda, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate;

în Italia, ca regulă generală, Unita sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu; Pentru marinarii și personalul din aviația civilă, <<Ministero della sanita - Ufficio di sanita marittima o aerea>> (Ministerul Sănătății - oficiul de sănătate al marinei sau aviației);

în Cipru, <<Ypouryeio Yyeias>> (Ministerul Sănătății, 1448 Leftkosia), la cerere, persoana în cauză va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestațiile în natură acordate de Instituțiile medicale ale Guvernului;

în Letonia, <<Veselibas obligatas apdrosinasanas valsts agentura>> (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie);

în Lituania, <<"Teritoriile ligoniui kasa" (Casa de pacienți teritorială)>>, instituții de boală și maternitate;

în Luxemburg, <<Caisse de maladie des ouvrlers>> (Casa de boală a muncitorilor);

în Ungaria, <<Megyei Egeszseigbiztositasi Penztar>> (oficiul local de asigurare de sănătate);

în Malta, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta;

în Țările de Jos, orice casă de boală competentă pentru locul de reședință;

în Austria, <<Gebietskrankenkasse>> (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință;

în Polonia, sucursala regională a <<Narodowy Fundusz Zdrowia>> (Casa Națională de sănătate) competentă pentru locul de reședință;

în Portugalia, pentru continent: <<Centro Regional de Seguranca Social>> (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: <<Direccao Regional de Seguranca Social>> (Direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Azores: <<Centro de Prestacoes Pecuniarias>> (direcția regională de securitate socială);

în Slovenia <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia);

în Slovacia, <<Zdravotna poist'ovna>> (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate;

în Finlanda, oficiul local al <<Kansanelakelaitos>> (Instituția de asigurări sociale);

în Suedia, <<Forsakringskassan>> (Oficiul asigurărilor sociale) de la locul de reședință;

în Regatul Unit, Departamentul pentru muncă și pensie, Serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, la Tynewiew Park, la Newcastle-upon-Tyne, sau la Departamentul de dezvoltare socială al Irlandei de Nord, Overseas Benefits Branch>>, Block 2, Castle Buildings, la Belfast, după caz;

în Islanda, <<Tryggingastofnun ríkisins>> (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik;

în Liechtenstein, <<Amt für Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

în Norvegia, <<lokale Trygdekontor>> (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință;

în Elveția, <<Institution commune LAMal - istituzioniune commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

(d) Acest formular este valabil de la data indicată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu cruciuliță.

(e) Trebuie, dumneavoastră sau membrii familiei, să semnați instituției de asigurare căreia formularul a fost predat, orice schimbare care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură ca de exemplu abandonarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere sau al unui membru al familiei.

*) Litere din alfabetul grec au fost transformate în litere latine.

NOTE

*1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; 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 când formularul este întocmit la cererea instituției de la locul de reședință.

*3) A se indica numele în ordinea statutului civil.

*4) A se indica prenumele în ordinea statului civil.

*5) A se completa numai dacă formularul privește membrii familiei șomerului; Menționați un singur membru al familiei căruia îi vor fi acordate informațiile pentru înregistrare să fie înscrși, dat fiind faptul că membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință.

*6) Membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință.

*7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.

*8) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție greacă, ungară sau din Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți.

*9) Dacă acest formular este eliberat pentru reînnoirea unui atestat emis anterior, partea B nu trebuie completată.

ANEXA 7

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
|*1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 107 | |
| _____ | | _____ |

CERERE DE ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 19\(1\)\(a\)](#); [articolul 19\(2\)](#); [articolul 22\(1\)\(a\)\(i\)](#); (b)(i) și (c)(i); [articolul 22\(3\)](#); [articolul 25\(1\)\(a\)](#) și 3(1); [articolul 26\(1\)](#); [articolul 28\(1\)\(a\)](#); [articolul 29\(1\)\(a\)](#); [articolul 31\(a\)](#); [articolul 52\(a\)](#); [articolul 55\(1\)\(a\)\(i\)](#); (b)(i) și (c)(i)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 17\(1\)](#); [articolul 20\(2\)](#) și (3); [articolul 21\(1\)](#); [articolul 22\(1\)](#) și (3); [articolul 2](#); [articolul 27](#) prima frază; [articolul 28](#); [articolul 29\(1\)](#) și (2); [articolul 30\(1\)](#); [articolele 31\(1\)](#) și (3); [articolul 60\(1\)](#); [articolele 62\(3\)](#), (4) și (7); [articolele 63\(1\)](#) și (3)

Instituția de la locul de reședință sau de ședere completează partea A și transmite două exemplare din formular instituției competente, ținând cont de prevederile articolelor [Regulamentului \(CEE\) Nr. 574/72](#) citate ca referință. Dacă această instituție estimează că nu poate trimite formularul solicitat, ea completează partea B și returnează unul din cele două exemplare instituției care i le-a transmis. Când statul competent este Belgia, formularul trebuie să fie adresat instituției de asigurare de boală, cu excepția cazului în care este vorba de un accident de muncă constatat sau de o boală al cărei caracter profesional a fost recunoscut.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. A se completa de Instituția de la locul de reședință sau de ședere

1. | Instituția destinatară
| _____

| 1.1 Denumirea: |
| 1.2 Număr de identificare: |
| 1.2 Adresă: |
| |
| |
| |
| _____

2. | 1. | Asiguratul
| _____

| 2.1 Nume*2):
| |
| 2.2 Prenume*3) Data nașterii
| |
| 2.3 Nume anterioare
| |
| 2.4 Adresa
| |
| |
| 2.5 Număr de identificare personal*4):
| |
| 2.6 | 1. | Titular | 1. | Solicitant
| de pensie sau rentă de
| |
| | 1. | bătrânețe | 1. | invaliditate | 1. | urmaș
| |
| | 1. | accident de muncă | 1. | boală profesională
| |
| 2.7 Instituția debitoare a pensiei sau rentei
| _____

3. | 1. | Ultimul angajator*5) | 1. | Ultima activitate independentă*5)
| _____

| 3.1 Nume:

| 3.2 Adresă:

| 3.3 Ramura de activitate*6):

| 3.4 Instituția de asigurare pentru accidente de muncă la care angajatorul este asigurat*7)

| 4. Membrii familiei*8)

| 4.1 Nume*2) personal*4) |	Prenume*3) |	Data nașterii |	Nr. de identificare |
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

| 4.2 Adresa în țara de reședință*9):

5. Am primit la data de o cerere provenind de la persoana menționată

la rubrica 2 la rubrica 4
pentru

5.1 acordarea unei prestații în natură

5.2 menținerea dreptului la prestațiile în natură

5.3 înscrierea la noi ca persoană având dreptul la prestațiile în natură

6. Prestațiile în natură au fost acordate nu au fost acordate

6.1 conform articolului 29(2) 60(1) 62(3) din
Regulamentul

(CEE) Nr. 574/72.

6.2 Solicitantul nu a exercitat o activitate până în prezent

a exercitat următoarea activitate:

.....

7. Vă rugăm să ne transmiteți atestatul privind dreptul la prestații pe

formularul E

.....

un certificat provizoriu de înlocuire a Cardului European de Asigurări de Sănătate sau Cardul European de Asigurări de Sănătate (dacă acesta poate fi eliberat sub legislația statului competent)

Valabil de la la

.....

8. Raport medical atașat în anexă*10)

9. Instituția de la locul de reședință sau de ședere

9.1 Denumire:

..... |

9.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

9.3 Adresă:

..... |

|

..... |

9.4 Ștampila

9.5 Data

..... |

9.6 Semnătura

|

|

..... |

B. A se completa de către instituția competentă

| 10. |
| |

| 10.1 | | Vă transmitem alăturat formularul menționat anterior. Vă rugăm să
ne|
| trimiteteți un exemplar completat și semnat*11)

| 10.2 | | Nu este posibilă eliberarea atestatului solicitat în partea A,
| întrucât:

..... |
..... |

| 11. | Instituția competentă
| |

| 11.1 Denumire:

..... |

| 11.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 11.3 Adresa:

..... |

..... |

| 11.4 Ștampila

11.5 Data

..... |

11.6 Semnătura

|

|

..... |

|

NOTE

*1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; 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) Menționați numele complet conform statului civil.

*3) Menționați prenumele conform statutului civil.

*4) Pentru resortisanții italieni, indicați <<codul fiscal>>.

Pentru instituțiile malteze, indicați numărul cardului de identitate în cazul resortisanților maltezi sau numărul maltez de securitate socială pentru cei care nu sunt resortisanți maltezi.

Pentru instituțiile slovace, indicați număr de naștere dacă este aplicabil.

Pentru instituțiile spaniole, menționați numărul indicat pe DNI în cazul resortisanților spanioli, numărul indicat pe NIE în cazul celor care nu sunt resortisanți spanioli. Dacă valabilitatea DNI sau NIE a expirat, completați cu <<niciunul>>.

*5) A se completa numai dacă formularul privește un lucrător salariat sau independent care desfășoară o activitate, ori un lucrător în șomaj.

*6) A se completa numai dacă formularul privește un lucrător salariat despre care se presupune că a fost victima unui accident de muncă.

*7) Pentru Spania: <<Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social>> (direcția provincială a Institutului național de securitate socială) sau <<Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina>> (direcția provincială al institutului național de marină) pentru schemele speciale ale marinarilor.

*8) A se completa numai în cazul membrilor familiei pentru care a fost prezentată o cerere de acordare de prestații sau de înscriere. Pentru înscriere, a se indica un singur membru al familiei.

*9) A se completa numai dacă adresa membrilor familiei este diferită de cea a capului familiei.

*10) A se anexa numai dacă este necesar, în acest caz, a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

*11) Pentru instituțiile olandeze și elvețiene, ori dacă natura formularului ce trebuie returnat permite acest lucru.

ANEXA 8

la Normele metodologice

| *1)

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 destinatară 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 destinatară

| |

| 1.1 Denumire:

| 1.2 Număr de identificare a instituției:

| 1.3 Adresa:

2.1 Lucrător salariat Lucrător frontalier (salariat)
 Lucrător independent Lucrător frontalier (independent)
 Lucrător în șomaj
 Titular de pensie sau rentă (regim salariați)
 Titular de pensie sau rentă (regim independenți)
 Solicitant de pensie sau rentă

2.1 Nume*2):
..... |
2.2 Prenume*3): Data nașterii: |
..... |
2.3 Nume anterioare: |
Adresa în țara de reședință: |
..... |
2.4 Număr de identificare personal*4):
..... |

3.1 Membru al familiei*5)
..... |
3.1 Nume*2):
..... |
3.2 Prenume*2): 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 | | *6)
.....

| 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
.....

| 8.1 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 instituției competente dacă este italiană, indicați codul fiscal.

În scopul instituției competente dacă este din Malta, indicați numărul Cardului de identitate în cazul cetățenilor maltezi, sau numărul social de securitate maltez în cazul cetățenilor ce nu sunt din Malta.

În scopul instituției competente dacă este din Slovacia, indicați data de naștere în cazul aplicației.

În scopul instituției competente dacă este spaniolă, indicați numărul de pe DNI în cazul cetățenilor spanioli, numărul de pe NIE în cazul cetățenilor ce nu sunt spanioli. Dacă perioada de valabilitate a DNI sau NIE a expirat, nu completați.

*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:

- a) Titularul a început o activitate în statul de reședință.
- b) Un membru al familiei a început o activitate în statul de reședință.
- c) Contribuțiile nu au fost plătite.
- d) Altele.

ANEXA 9

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ

| *1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA MEMBRILOR FAMILIEI PERSOANEI ASIGURATE ȘI ACTUALIZAREA LISTELOR

Regulamentul Nr. 1408/71: [articol 19\(2\)](#)

Regulamentul Nr. 574/72: [articol 17\(1\)](#), (2), (3) și (4); [articolul 94\(4\)](#)

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare din acesta persoanei asigurate, sau le transmite eventual prin intermediul organismului de legătură, instituției de la locul de reședință, dacă formularul a fost întocmit la cererea acesteia. În cazul în care membrii familiei lucrătorului rezidă în Regatul Unit, instituția competentă transmite cele două exemplare la Department for Work, and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, la Tyneview Park, la Newcastle-upon-Tyne. Instituția de la locul de reședință, odată intrată în posesia acestor două exemplare, completează partea B a formularului și returnează un exemplar instituției competente. Dacă membrii familiei au reședința în țări diferite, trebuie întocmit un atestat distinct pentru fiecare din aceste țări.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 5 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificarea dreptului

| 1. | Instituția de la locul de reședință*2) |
| _____ |

| 1.1 Denumire: |

| 1.2 Număr de identificare a instituției: |

| 1.3 Adresă: |

| |

| 1.4 Referință: formularul dumneavoastră E 107 din |

| _____ |

| 2. | Persoana asigurată |
| _____ |

| 2.1 Nume*3) : |
| |

| 2.2 Prenume*4) : | Data nașterii: |

| |

.....
 |
 | 2.3 Nume anterioare:
 |
 | 2.4 Adresa:
 |
 |
 |
 | 2.5 Număr de identificare personal:
 |
 |
 |
 | 2.6 Persoana asigurată |_| este lucrător independent
 |
 |

 _|

|
 | _____ |
 |
 | _____ | Membrul familiei
 | _____ |

| 3.1 Nume*3):
 |
 |
 |
 | 3.2 Prenume*4): Data nașterii:
 |
 |
 |
 | 3.3 Nume anterioare:
 |
 | 3.4 Adresa:
 |
 |
 |
 | 3.5 Număr de identificare personal:
 |
 |

 _|

4. Membrii familiei lucrătorului desemnat mai sus au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală - maternitate cu condiția
 |_| să nu aibă deja dreptul la acestea conform legislației țării în care își au reședința*5)
 |_| să nu exercite o activitate profesională sau comerț*5)

5. Acest drept este deschis la data de

6. | și este menținut

| |

| -

6.1 | | până la anularea prezentului atestat

| -

6.2 | | timp de un an de la data menționată la punctul 5*6)

| -

6.3 | | până la data prevăzută pentru sfârșitul muncii sezoniere, adică

| -

6.4 | | până la data de*7)
inclusiv. |

|

—|

7. | | Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a
membrului familiei menționat la punctul 3, cu numărul

.....

și valabil până la data de

.....

8. | | Instituția competentă

| |

8.1 Denumire:

8.2 Număr de identificare a instituției:

8.3 Adresă:

.....

8.3 Ștampila

8.4 Data:

.....

8.5 Semnătura:

.....

|

—|

B. Notificarea înscrierii*8)

9. | | *9)

| |

—|

Următorii membrii ai familiei lucrătorului nu au fost înscriși:

Nume*3)	Prenume*4)	Data nașterii	Nr. de identificare personal
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.10

deoarece

-

Aceștia nu au dreptul la prestații

-

Aceștia au deja dreptul la prestațiile în natură

-

Alte motive

10. *9)

Următorii membrii ai familiei lucrătorului menționat la rubrica 2 au fost înscriși:

	Nume*3)	Prenume*4)	Data nașterii	Nr. de personal
identificare |				
| 10.1
| 10.2
| 10.3
| 10.4

| 10.5	.....	.....	.....	.....
| 10.6	.....	.....	.....	.....
| 10.7	.....	.....	.....	.....
| 10.8	.....	.....	.....	.....
| 10.9	.....	.....	.....	.....
| 10.10	Costul acestor prestații este în responsabilitatea dumneavoastră.			
Data |	ce trebuie luată în considerare pentru calculul sumei forfetare			
|	prevăzute la articolul 94 din Regulamentul nr. 574/72 este			
.....				

11. Cardul European de Asigurare de Sănătate

11.1 | Vă rugăm atașați Cardul European de Asigurare de Sănătate cu numărul: cerut la rubrica 7

11.2 | Vă rugăm să indicați măsurile de aplicare privitoare la Cardul European de Asigurare de Sănătate eliberat membrului familiei menționat la rubrica 3, cu numărul: și | valabilitatea până la data de

| 12. | Instituția de la locul de reședință

| 12.1 Denumire:

| 12.2 Număr de identificare a instituției:

| 12.3 Adresă:

|

| 12.4 Ștampila

12.5 Data:

|

12.6 Semnătura:

|

Indicații pentru persoana asigurată

a) Prezentul formular permite membrilor familiei dumneavoastră să beneficieze de prestațiile în natură în caz de boală sau maternitate în țara în care rezidă și potrivit legislației acestei țări, cu condiția să nu aibă deja dreptul la acestea conform aceleiași legislații.

b) Din momentul în care cele două exemplare a prezentului formular vor fi în posesia dumneavoastră, va trebui să le trimiteți membrilor familiei dumneavoastră care vor trebui să le prezinte urgent instituției de asigurare de boală - maternitate de la locul lor de reședință, adică:

în Belgia, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;

în Republica Cehia, <<Zdravotni pojist'ovna>>, casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;

în Danemarca, autoritatea municipală din locul de reședință;

în Germania, <<Krankenkasse>> (casa de boală) ales de persoana interesată;

în Estonia, <<Eesti Haigekassa>> (casa de asigurare de sănătate estoniană);

în Grecia, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA). Acesta îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;

în Spania, <<Direccion Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social>> (direcția provincială a Institutului Național de securitate socială)

în Franța, <<Caisse primaire d'assurance-maladie>> (Casa primară de asigurări de boală);

în Irlanda, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate;

în Italia, ca regulă generată, Unita sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu;

în Cipru, <<Ypopyrieio Yyeias>>*) (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestații în natură în cadrul instituțiilor Medicale Guvernamentale;

în Letonia, <<Veselibas obligatas apdrosinasanas valsts agentura>> (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie);

în Lituania, <<"Teritorine ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială)>>, instituții de boală și maternitate;

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, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta;

în Țările de Jos, o casă de boală competentă pentru locul de reședință;

în Austria, <<Gebietskrankenkasse>> (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință;

în Portugalia, pentru continent: <<Centro Regional de Seguranca Social>> (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: <<Direcção Regional de Seguranca Social>> (direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Acores: <<Centro de Prestações Pecuniárias>> (Centrul pentru drepturi bănești);

în Slovenia, <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia);

în Slovacia, <<Zdravotná poisťovňa>> (companie de asigurări 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;

în Regatul Unit, <<Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate>> (Ministerul securității sociale, biroul de prestații, serviciu

internațional), la Newcastle-upon-Tyne, sau la <<Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch>> (agenția securității sociale în Irlanda de Nord, serviciu internațional), la Belfast, după caz;

în Islanda, <<Tryggingastofnun rikisins>> (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik;

în Liechtenstein, <<Amt fur Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

în Norvegia, <<Iokale Trygdekontor>> (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință;

în Elveția, <<Institution commune LAMal - istituzioniune commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothum.

c) Acest formular este valabil de la data menționată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu o cruciuliță.

d) Trebuie, dumneavoastră și membrii familiei dumneavoastră, să semnați instituției de la locul de reședință orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură (renunțarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere, ori al celui al unui membru al familiei dumneavoastră etc.).

*) Literele din alfabetul grec au fost transformate în litere latine.

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 când formularul este întocmit la cererea instituției de la locul de reședință.

*3) A se indica numele în ordinea statutului civil.

*4) A se indica prenumele în ordinea statului civil.

*5) A se pune o cruciuliță în căsuța precedentă, dacă formularul este destinat unei instituții, irlandeze sau din Regatul Unit.

*6) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.

*7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție din Grecia, Ungaria, sau Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți.

*8) Dacă prezentul atestat este eliberat pentru a reînnoi atestatul anterior emis și a cărui valabilitate a expirat, instituția de la locul de reședință nu trebuie să completeze partea B.

*9) A se completa rubrica 9 sau 10, după caz, și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

ANEXA 10
la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
| *1) A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 112 | |
| | | |

ATESTAT PRIVIND MENȚINEREA DREPTULUI LA PRESTAȚIILE ÎN
CURS PENTRU ASIGURAREA DE BOALĂ - MATERNITATE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 22\(1\)\(b\)\(i\)](#); [articol 22\(1\)\(c\)\(i\)](#);
[articol 22\(3\)](#); [articol 31](#)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 22\(1\)](#); [articolul 23](#) și [articolul 31\(1\)](#) și
(3)

Instituția competentă sau instituția de la locul de reședință a persoanei asigurate, titularului de pensie sau membrului de familie înmânează formularul asiguratului, titularului de pensie sau membrului de familie. Dacă asiguratul sau titularul de pensie se deplasează în Regatul Unit, un exemplar din formular trebuie să fie de asemenea transmis la Department for Work and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

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.

<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> Persoană asigurată asigurate	<input type="checkbox"/> Membru al familiei persoanei
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lucrător independent	<input type="checkbox"/> Membru al familiei lucrătorului independent
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Titular de pensie pensie (regim salariați)	<input type="checkbox"/> Membru al familiei titularului de (regim salariați)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Titular de pensie pensie	<input type="checkbox"/> Membru al familiei titularului de

| | (regim independenți) | | (regim independenți)
| _____ |

1.1 Nume*2):
.....
1.2 Prenume*3) Data nașterii:
.....
1.3 Nume anterioare:
1.4 Adresa în statul competent:
.....
1.5 Adresa în țara în care persoana în cauză se deplasează
.....
.....
1.6 Număr de identificare personal*4):

2. Persoana desemnată mai sus este autorizată să păstreze dreptul la prestații în natură

ale asigurării de boală - ale asigurării pentru accidente
maternitate petrecute în viața privată*5)
în (țara), în care el/ea se
deplasează

2.1 pentru a-și stabili acolo reședința
2.2 pentru a primi acolo tratament de la*6)

.....
.....
sau de la orice alt așezământ similar în cazul unui transfer care
este
necesar din punct de vedere medical cu privire la acest tratament

2.3 pentru a trimite acolo probe biologice în vederea efectuării de
analize, fără ca persoana în cauză să fie prezentă acolo.

3. Respectivale prestații pot fi acordate, pe baza acestui atestat,
de la la
inclusiv,

4. Raportul medicului nostru controlor

în Republica Cehia, <<Zdravotni pojist'ovna>>, casa de asigurare de sănătate aleasă;

în Danemarca tratament acordat, de regula de medic generalist, care va trimite persoana la un specialist;

în Germania, <<Krankenkasse>> (casa locală de asigurare de boală) la alegere;

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, serviciile medicale și spitalicești ale sistemului de sănătate acoperit de asigurările sociale spaniole. A se anexa o fotocopie la formular;

în Franța, <<Caisse primaire d'assurance-maladie>> (Casa primară de asigurări de boală);

în Irlanda, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate;

în Italia, de obicei, <<Unita sanitaria locale>> (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu;

în Cipru, <<Ypoyryeio Yyeias>>*) (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia);

în Letonia, <<Veselibas obligatas apdrosinasanas valsts agentura>> (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie);

în Lituania, <<"Teritorine ligoniu kasa" (Casa de pacienți teritorială)>>, instituții de boală și maternitate;

în Luxemburg, <<Caisse de maladie des ouvriers>> Casa de asigurare de boală a muncitorilor);

în Ungaria,

în Malta, organizație a Serviciul Național de Sănătate (doctor, dentist, spital, centru medical) furnizoare de tratament;

în Țările de Jos, orice casă de asigurare de boală competentă pentru locul de reședință sau, în caz de ședere temporară, <<Agis zorgverzekeringen>>, la Utrecht;

în Portugalia, pentru continent: <<Administracao Regional de Saude>> (administrația regională de sănătate) de la locul de reședință sau de ședere, Madeira: <<Direccao Regional de Saude Publica>> (direcția regională de sănătate publică), la Funchal; pentru Azores: <<Direccao Regional de Saude>> (direcția regională de sănătate) la locul de ședere;

în Slovenia, <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia);

în Slovacia, <<Zdravotna poist'ovna>> (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate. Pentru drepturi bănești, <<Sociana poist'ovna>>;

în Finlanda, oficiul local al <<Kansanelakelaitos>> (instituția de asigurări sociale). Formularul trebuie să fie transmis centrului de sănătate municipal sau așezământului spitalicesc public care efectuează tratamentul;

în Suedia, <<forsakringskassan>> (oficiul asigurărilor sociale). Formularul trebuie să fie prezentat instituției care efectuează tratamentul;

în Suedia, <<forsakringskassan>> (oficiul asigurărilor sociale). Formularul trebuie să fie prezentat instituției care efectuează tratamentul;

în Regatul Unit, serviciul medical (medic, dentist, spital etc.) căruia îi este solicitat tratamentul;

în Austria, <<Gebietskrankenkasse>> (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul reședință sau de ședere;

în Islanda, <<Tryggingastofnun ríkisins>> (Institutul național al securității sociale), la Reykjavik;

în Liechtenstein, <<Amt für Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

în Norvegia, <<lokale Trygdekontor>> (Oficiul local de asigurare);

în Elveția, <<Institution commune LAMal - istituzioniune commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn. Formularul trebuie prezentat doctorului sau spitalului ce acordă tratamentul.

*) Literele din alfabetul grec au fost transformate în litere latine.

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 statului civil.

*3) A se indica numai atunci când formularul îl privește pe lucrătorul sau pensionarul însuși.

*4) A se indica numărul persoanei asigurate dacă membrul familiei nu are număr personal de identificare.

*5) A se completa de instituțiile franceze de lucrători agricoli independenți.

*6) A se preciza dacă este posibil.

*7) Denumirea și adresa instituției căreia îi este adresat raportul medical.

#M1

ANEXA 10A

la Normele metodologice

Număr de înregistrare în unitatea sanitară

AVIZAT*)
Casa de Asigurări de Sănătate
Medic-șef
(data, semnătura, ștampila)

RAPORT

medical al pacientului care solicită Formularul E 112 - Atestat privind menținerea prestațiilor în curs pentru asigurarea de boală - maternitate

1. Medicul, medic specialist în
(nume, prenume)
specialitatea, cu gradul profesional universitar, secția
....., din Spitalul clinic universitar/județean

2. Pacientul, CNP
.....,
(nume, prenume)

cu domiciliul

3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de

4. A fost internat cu ultima Foaie de observație nr.

5. A fost diagnosticat cu

.....
.....

6. Prezentarea unui scurt istoric al afecțiunilor și al tratamentelor efectuate:

.....
.....
.....
.....
.....

7. Serviciile medicale recomandate a fi realizate

.....
.....
.....
.....
.....

În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de formularul E 112
- Atestat privind menținerea prestațiilor în curs, aferente asigurării de boală și

maternitate, care va permite persoanei interesate să beneficieze de prestațiile în natură de boală și maternitate în noul său stat de reședință, deoarece:

a) îngrijirile solicitate figurează printre prestațiile din România (pentru persoanele asigurate în vederea autorizării deplasării pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene pentru a primi tratamentul adecvat stării de sănătate, serviciul medical face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România);

b) îngrijirile solicitate nu pot fi acordate în niciuna dintre unitățile sanitare din România într-un termen rezonabil în raport cu starea bolnavului și evoluția probabilă a bolii, deoarece (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util)

.....
.....
.....
.....
.....;

c) deplasarea NU este de natură să compromită starea de sănătate a bolnavului sau aplicarea tratamentului medical (se explicitează și argumentează)

.....
.....;

d) perioada maximă în care este indicată acordarea serviciului medical (argumentare)

.....
.....
.....
.....

La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri medicale din care rezultă diagnosticul pentru care se solicită formularul E 112:

.....
.....
.....

Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic universitar aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

8. Întocmit de - MEDIC

Nume Semnătură și parafă

.....

9. Pentru conformitate - ȘEF SECȚIE

Nume Semnătură și parafă

.....

10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

Nume Semnătură și ștampila spitalului

.....

NOTĂ:

Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate):

*) Avizul medicului-șef al casei de asigurări de sănătate certifică faptul că serviciul medical recomandat a fi efectuat se regăsește în pachetul de servicii de bază acordat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

#B

ANEXA 11

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ

| *1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 115 | |

| | |

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 [articolul 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.

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

|	<u>1.</u>	|	Instituția competentă	|

|	1.1	|	Denumire: .....	|
|	1.2	|	Adresă: .....	|
			
			
|	1.3	|	Număr de identificare a instituției: .....	|

|	<u>2.</u>		<input type="checkbox"/> Lucrător salariat <input type="checkbox"/> Lucrător independent <input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj	|

|	2.1	|	Nume*2):	|
|		|	diferit): |	|
			
			
|	2.2	|	Prenume:	|
|		|	Data nașterii:	|

.....
Număr de identificare personal:
.....

2.6 Deținător al formularului E 119 eliberat la data de*3)
și al formularului E 303 eliberat la data de*3)

3.1 Angajator*4)

3.1 Numele angajatorului sau al societății:

3.2 Adresa:

A. *5) Cerere de prestații

4. Persoana desemnată la rubrica 2 a solicitat la
(data) |

prestații în bani pentru

-

spitalizare de la la (datele) într-un spital sau
într-un centru de prevenire sau reabilitare

-

incapacitate de muncă din cauza

-

4.1 unei boli maternității (data presupusă a
nașterii:) |

..... |
-

unui accident de muncă unui accident produs la
(data) |

-

unei boli profesionale unei adopții

-
|
| | reducerii indemnizației în caz de maternitate și adopție
|
|

|
| _____ |
5. Certificatul medicului curant

| | este anexat

| | nu a putut fi furnizat

| 6. După părerea medicului nostru examinator

|
| -
| | al cărui raport se găsește în anexă

|
| -
| | al cărui raport va fi trimis în cel mai scurt timp

|
| -
| 6.1 | | 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*7)

|
|
| 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 formular

9. 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*8).

10. Nu suntem dispuși să acordăm persoanei în cauză prestațiile în bani, în
numele dumneavoastră.

B. *5) 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 "Istituto nazionale della providenza sociale" (INPS, National Social Welfare Institute), iar în cazul accidentelor de muncă și bolilor profesionale către "Istituto 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 Bezigrad, 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, această informație se va completa cât mai curând posibil.

*7) Vă 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.

#M1

ANEXA 11A

la Normele metodologice

| Data completării	| VIZA PLĂTITORULUI	| Urgență medico	| Inițial
| de către CAS	| _____	| chirurgicală	|
|	| Data/Semnătura/	|	| În continuare
| .....	| Ștampila	| |_|_|_|	|
|	|	| Boli	|
|	|	| infectocontagioase	| Seria
|	| Motivul refuzului	| din grupa A	| _ _ | certificatului
|	| la plată	|	| |_|_| | inițial:

_ _ _ _ _ _ _ _			
_____	_____	_____	_____

CERTIFICAT DE INCAPACITATE DE MUNCĂ Seria* Nr.

Valabil pentru luna |_|_| _____ anul 20 |_|_|
(În litere)

pt. Cod indemnizație (1 - 15) |_|_| _____
(În litere)

#B

INSTRUCȚIUNI

privind utilizarea și completarea certificatelor de incapacitate de muncă pe baza cărora se acordă indemnizații asiguraților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate

1. Certificatele de incapacitate de muncă se completează de către serviciul medical al casei de asigurări, în 3 exemplare, în cazul lucrătorilor salariați, respectiv în două exemplare, în cazul lucrătorilor independenți, cu respectarea tuturor elementelor prevăzute de formular,

1.1. În cazul lucrătorului salariat, după completarea certificatului de incapacitate de muncă 2 exemplare se transmit angajatorului și 1 exemplar va rămâne arhivat la casa de asigurări emitentă;

1.2. După primirea celor două exemplare ale certificatelor de incapacitate de muncă, angajatorul va efectua calculul și plata indemnizației în conformitate cu prevederile [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005](#) privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 399/2006](#), cu modificările ulterioare;

1.3. Angajatorii vor evidenția certificatele de incapacitate de muncă în "Declarația privind obligațiile de plată către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru contribuția pentru concedii și indemnizații", și vor depune 1 exemplar la casa de asigurări în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul social sau domiciliul, odată cu această declarație sau, după caz, odată cu declarația rectificativă corespunzătoare lunii pentru care au fost acordate. Un exemplar al certificatului rămâne la angajator, atașat la fișa angajatului.

1.4. În cazul șomerilor, prevederile pct. 1.1. - 1.3. se aplică în mod corespunzător, 2 exemplare ale certificatului de incapacitate de muncă fiind transmise agenției județene de ocupare a forței de muncă.

2. În cazul lucrătorului independent, după completarea certificatului de incapacitate de muncă, 1 exemplar va rămâne arhivat la serviciul medical al casei de asigurări iar celălalt exemplar se transmite compartimentului de specialitate în vederea calculării și efectuării plății;

3. Fiecare certificat de concediu medical va fi înseriat și numerotat conform reglementărilor interne ale casei de asigurări emitente.

4. În caz de pierdere a certificatului de concediu medical, casele de asigurări pot elibera un duplicat la cererea plătitorului, menționându-se distinct "DUPLICAT".

5. Necompletarea rubricilor conform prezentelor instrucțiuni și/sau completarea eronată a acestora atrag neplata indemnizației de asigurări sociale de sănătate.

6. Casele de asigurări care eliberează certificatul de incapacitate de muncă sunt responsabile de conformitatea datelor înscrise în rubricile completate.

7. Plătitorul se obligă să respecte confidențialitatea diagnosticului.

Modalități de calcul:

Calculul indemnizației de asigurări sociale de sănătate se efectuează conform normelor legale în vigoare.

Cuquantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă se determină prin aplicarea procentului de 75%, respectiv 100%, asupra bazei de calcul stabilite în conformitate cu [art. 10](#) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 399/2006](#), cu modificările ulterioare, după cum urmează:

1. În condiții de spitalizare:

- procent de 100% pentru urgențe medico-chirurgicale
- procent de 75% pentru restul afecțiunilor

2. În condiții de tratament ambulatoriu:

- pentru urgențe medico-chirurgicale, procent de 100% pentru primele 5 zile de incapacitate de muncă; pentru restul perioadei se aplică procentul de 75%.
- pentru diagnosticul care nu este urgență medico-chirurgicală se aplică procentul de 75%.

3. Pentru afecțiunile de TBC, SIDA, Neoplazii, boli infecto-contagioase se aplică procentul de 100%.

Cuquantumul brut lunar al indemnizației pentru maternitate se determină prin aplicarea procentului de 85% asupra bazei de calcul.

ANEXA 12

la [Normele](#) metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
|*1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 116 | |
| _____ | | _____ |

RAPORT MEDICAL PRIVIND INCAPACITATEA DE MUNCĂ (Boală, maternitate, accident de muncă, boală profesională)

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: [articolul 19\(1\)\(b\)](#); [articolul 22\(1\)\(a\)\(ii\)](#); (1)(b)(ii), (1)(c)(ii); [articolul 25\(1\)\(b\)](#); [articolul 52\(b\)](#); [articolul 55\(1\)\(a\)\(ii\)](#); (1)(b)(ii) și (1)(c)(ii)

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: [articolul 18\(2\)](#) și (3); [articolul 24](#); [articolul 26\(5\)](#) și (7); [articolul 61\(2\)](#) și (3); [articolul 64](#); [articolul 65\(2\)](#) și (4)

4. Eu, subsemnatul,

.....
fiind examinat de către persoana menționată
la data de

.....
4.1 consider că este

caz de boală caz de maternitate (data estimată a nașterii:
...)

4.2 probabil este

accident de muncă boală profesională accident

4.3 recidivă sau agravare

_____ | E 116

|
| _____ |

A. Raport general

| 5. | De completat în fiecare caz:

| _____ |

| 5.1 Istoric medical și simptome prezente:

..... |
|
..... |
|

| 5.2 Examinare clinică:

..... |
|
..... |
|

| 5.3 Alte observații:

..... |
|
..... |
|

| 5.4 Examinări speciale*4)

..... |
|
..... |
|

| 5.5 Diagnostic:

..... |

|
..... |
|

| 5.6 Concluzii:

..... |
|
..... |
|

| -

| 5.7 |_
| Persoana în cauză a fost declarată ca fiind aptă de muncă

|

| -

| 5.8 |_
| Persoana în cauză nu a fost declarată aptă de muncă

| de la data de până la
|

| -

| 5.9 |_
| Persoana în cauză a fost declarată parțial aptă de muncă,

| în proporție de (.....%) de la data de până la data de
|*5)

| -

| 5.10 |_
| Persoanei în cauză i se va prescrie o examinare medicală

| suplimentară la
|

|

| -

| 5.11 |_
| Persoana în cauză va fi aptă de muncă începând cu data de

|

|

B. Raportări în caz de accident de muncă

| 6. | Primul raport medical

| 6.1 Accidentul a rezultat în urma leziunilor*6):

..... |

|

..... |

|

..... |

| - -

|

| 6.2 Aceste leziuni | | au avut | | vor avea următoarele efecte*7)

|
|
| |
| |
| |

| 6.3 Incapacitatea de muncă a survenit la data de:

| |

| 6.4 Persoana rănită este tratată

|
| - |
| | | la domiciliu | | la clinica medicului
|
| - |
| | | în spital | | alt loc

| Adresă*8):

| |
| |
| |

|

|
| _____ |

| 7. | Ultimul raport medical:

| | _____

| 7.1 Tratamentul s-a încheiat la data de:

| |

| 7.2 Starea medicală s-a stabilizat la data de:

| |

|
| - |
| 7.3 | | cu recuperare completă

|
| - |
| 7.4 | | și probabil vor avea următoarele consecințe:

|
| |
| |

- *4) A se indica tipul și data examinării;
- *5) Pentru scopul instituțiilor norvegiene;
- *6) A se indica tipul și natura leziunilor și partea corpului lezată: fractură de braț, contuzii la cap, degete, leziuni interne, asfixiere etc.
- *7) A se indica consecințele certe sau probabile ale leziunilor verificate: moarte, incapacitate temporară sau permanentă, totală sau parțială în cazul incapacității temporare, să se indice perioada de timp probabilă;
- *8) Dacă persoana rănită primește tratament în spital, vă rugăm să specificați numele spitalului;

ANEXA 13
la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
|*1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 117 | |
| | |

ACORDAREA DE PRESTAȚII ÎN BANI ÎN CAZ DE MATERNITATE ȘI DE 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 [articolul 55\(1\)\(a\)\(ii\)](#)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 18\(6\)](#) și (8); [articolul 24](#); [articolul 26\(7\)](#); [articolul 61\(6\)](#) și (8) și [articolul 64](#)

Instituția competentă completează prezentul formular și îl adresează instituției de la locul de reședință sau de ședere. Instituția competentă trebuie de asemenea să informeze lucrătorul în cazul în care prestațiile în bani sunt plătite de instituția de la locul de reședință.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. Formularul se compune din 2 pagini.

| 1. | Instituția de la locul de reședință sau de ședere
| | _____

| 1.1 Denumire:

..... |

| 1.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 1.3 Adresa:

..... |

|
..... |
|
—|

2. Referință: formularul dumneavoastră E 115 din
(data)

| 3. | Lucrător salariat | Lucrător independent | Lucrător în șomaj
| _____|

| 3.1 Nume*2): Nume de naștere (dacă este diferit):
|
|

| 3.2 Prenume Data nașterii
|
|

| 3.3 Adresa în țara de reședință sau de ședere:
|
|

| 3.4 Număr de identificare personal:
|
| _____|

—|

4. Persoana la care se face referință în rubrica 3

4.1 are dreptul provizoriu la prestații în bani

de la data de la data de cu posibilitatea
prelungirii

4.2 nu are dreptul la prestații în bani

Motiv: a se vedea formularul E 118 alăturat.

4.3 nu mai are dreptul la prestații în bani începând cu
(data)

Motivul: a se vedea formularul E 118 alăturat.

5. Aceste prestații vor fi acordate*3)

5.1 prin grija noastră

5.2 prin grija dumneavoastră, în numele nostru*4)

5.3 de către angajator*5)

De la data până la data*6)

| 6. | *7), *8)

6.1 Indemnizația trebuie să fie acordată pentru toate zilele săptămânii,

cu excepția zilei de	-	-	-
	|_| luni	|_| marți	|_| miercuri
	-	-	-
	|_| joi	|_| vineri	|_| sâmbătă |_| duminică

6.2 Quantumul zilnic net al acestei indemnizații este de

.....*9) dacă asiguratul nu este spitalizat

.....*9) în caz de spitalizare

-

6.4 |_| Atunci când indemnizațiile sunt acordate pentru o lună întreagă, ele sunt acordate pentru 30 de zile, fie că luna are mai mult de 30 de zile, fie mai puțin.

| E 117

7. Vă rugăm să ne comunicați de îndată ce este posibil rezultatul

7.1 |_| examinării*10):

.....

7.2 |_| controlului administrativ:

.....

7.3 |_| unui nou control medical, ce trebuie efectuat în jurul datei de

.....

8. Instituția competentă

8.1 Denumire:

..... |

8.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 8.3 Adresă: |
 |
 |
 |
 | 8.4 Ștampila | 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) Nu se completează de către șomerii pentru care a fost emis un formular E 119.

*4) Instituția competentă poate indica aici modul de plată.

*5) Atunci când acest formular este adresat unei instituții franceze, italiene sau ungare această căsuță nu trebuie marcată.

*6) A se completa de către instituțiile daneze, germane, luxemburgheze, poloneze, ungare sau slovace.

*7) A se completa de către instituțiile germane, luxemburgheze, poloneze, slovace și spaniole.

*8) A se completa numai în cazul indicat la rubrica 5.2.

*9) A se indica cuantumul în moneda statului național.

*10) A se indica tipul de examen medical solicitat (radiografie, analiză de etc.).

ANEXA 14

la **Normele** metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
 PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ

(*1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 118 | |

| | |

NOTIFICAREA NERECUNOAȘTERII SAU A ÎNCHEIERII INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 19\(1\)\(b\)](#); [articolul 22\(1\)\(a\)\(ii\)](#),
(b)(ii), c(i); [articolul 25\(1\)\(b\)](#); [articolul 52\(b\)](#); [articolul 55\(1\)\(a\)\(ii\)](#), (b)(ii) și (c)(ii)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 18\(4\)](#) și (6); [articolul 24](#); [articolul 26\(5\)](#) și (7); [articolul 61\(4\)](#) și (6); [articol 64](#)

Dacă formularul privește o persoană asigurată în activitate, instituția de la locul de reședință sau de ședere (sau instituția competentă) întocmește formularul în două exemplare, dintre care unul va fi trimis persoanei asigurate însăși, celălalt instituției de asigurări de boală și maternitate sau de asigurări împotriva accidentelor de muncă sau bolilor profesionale din statul competent (de la locul de reședință sau de ședere). Dacă formularul are în vedere un șomer, în afara celor două exemplare precedente (dintre care unul destinat șomerului însuși), două exemplare suplimentare vor fi întocmite, dintre care unul va fi adresat instituției competente de asigurări de șomaj, iar celălalt instituției 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 2 pagini și o Anexă de 3 pagini

| 1. | Beneficiar	

| 1.1 Nume	Nume de naștere (dacă este diferit):
.....
.....	
| 1.2 Prenume	Data nașterii
.....
.....	
| 1.3 Adresa în țara de reședință sau de ședere:	
.....	
.....	
.....	
.....	
| 1.4 Număr de identificare personal:	
.....	
.....	

| 2. |	|_____ |
|_____ |	Instituția competentă
_____	_____
|_____ |	Instituția de la locul de reședință sau de ședere

|____| _____
| 2.1 Denumire: |
| 2.2 Număr de identificare a instituției: |
| 2.3 Adresa: |
| |
| |
|_____|
|_____|

3. |__| Din faptele care ne-au fost aduse la cunoștință
.....

|__| Din controlul efectuat de medicul nostru la data de
(data)

Rezultă că

- 3.1 |__| incapacitatea dumneavoastră de muncă este numai parțială
- 3.2 |__| aveți dreptul la o indemnizație parțială în valoare de*2)
începând cu
(data)
- 3.3 |__| nu vă aflați în incapacitate de muncă
- 3.4 |__| incapacitatea dumneavoastră de muncă s-a încheiat la data de*3)
- 3.5 |__| Ultima zi pentru care veți primi prestații în bani este data de
- 3.6 |__| Instituția competentă va decide care este ultima zi pentru care veți primi prestații în bani.
- 3.7 |__| Nu aveți dreptul la prestații întrucât
.....
.....
.....

| 4. | |__| Instituția de la locul de reședință |__| Instituția competentă
| | sau de ședere
|_____|

| 4.1 Denumire: |
| 4.2 Număr de identificare a instituției: |

| 4.3 Adresa: |
 | |
 | 4.4 Ștampila | 4.5 Data: |
 | | 4.6 Semnătura: |
 | |
 | |

Informații pentru lucrătorul salariat, lucrătorul independent sau șomer

Dacă nu sunteți de acord cu decizia care vă este comunicată prin prezentul document, este posibil să introduceți un recurs. Pentru detalii privind căile și termenele de recurs, vă rugăm să consultați Anexa. Pentru căile și termenele limită trebuie să urmați instrucțiunile indicate pentru Statul competent.

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 nu se completa decât atunci când instituția competentă întocmește formularul. A se indica dacă este vorba de un quantum zilnic, săptămânal, lunar;

*3) A se indica ultima zi de incapacitate de muncă.

CĂI ȘI TERMENE DE RECURS

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 18\(4\)](#); [articolul 61\(4\)](#)

1. Belgia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs prin cerere scrisă, datată și semnată, depusă sau adresată în plic recomandat, la tribunalul competent de muncă în termen de trei luni de zile de la data primirii deciziei de notificare.

Prin tribunal competent de muncă, trebuie să se înțeleagă:

a) dacă sunteți domiciliat în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția în care aveți domiciliul;

b) dacă nu aveți sau nu mai aveți domiciliul în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția unde ați avut ultimul domiciliu sau ultima reședință în Belgia;

c) dacă nu ați avut domiciliul sau reședința în Belgia, tribunalul de muncă din circumscripția ultimei dumneavoastră ocupații în Belgia.

2. Cehia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs la instituția competentă din Cehia menționată la rubrica 2 sau 4 a formularului în termen de trei zile de la data trimiterii notificării. Metoda și data limită pentru apel sunt specificate în decizie.

3. Danemarca

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți pentru aceasta de un termen de patru săptămâni de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă <<Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget>> (comisia de recurs în materie socială, comitetul de alocații zilnice), Amaliegade 25, B.P. 3061, 1021 Copenhagen K.

4. Germania

Acest act administrativ oficial devine executoriu dacă nu introduceți nici un recurs în termen de trei luni de la notificare. Recursurile trebuie să fie introduse prin cerere scrisă în termen de trei luni pe lângă instituția germană următoare:

| Denumire:

| Adresă:

|

|

—|

5. Estonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă <<Eesti Haigekassa>>, Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Grecia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data primirii notificării deciziei, să introduceți un recurs pe lângă:

| Denumire: |
| Adresă: |
| |
| |
| |

| E 118 Anexă

7. Spania

Puteți introduce un recurs împotriva deciziei alăturate, în 30 de zile lucrătoare de la data notificării acesteia, la instituția următoare:

| Denumire: |
| Adresă: |
| |
| |
| |

8. Franța

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți de un termen de două luni de la data primirii notificării acesteia, pentru a introduce un recurs pe lângă medicul șef de la casa de asigurări de boală desemnată mai jos:

| Denumire:

| Adresă:

9. IRLANDA

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă <<Social Welfare Appeals Office>> (E comitetul de recurs în materie socială), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Acest recurs trebuie să fie introdus în termen de 21 de zile de la data de primire a deciziei.

10. Italia

Decizii ale INPS (boală și maternitate)

Asiguratul care dorește să conteste o decizie a INPS poate, în termen de 90 de zile de la data de primire a notificării acesteia, să introducă un recurs administrativ pe lângă comisia provincială competentă.

În plus, persoana interesată dispune de un termen de un an de la data la care decizia respectivei comisii i-a fost notificată sau de 90 de zile de la data la care a introdus recursul, dacă respectiva comisie nu a luat nici o decizie, pentru a cita INPS în fața instanțelor judiciare.

Decizii ale INAIL (accidente de muncă și boli profesionale)

Asiguratul care dorește să conteste o decizie a INAIL poate, în termen de 60 de zile de la data de primire a notificării care i-a fost adresată, să comunice INAIL, printr-o scrisoare recomandată cu confirmare de primire, sau prin scrisoare expediată cu recipisă, motivele pentru care estimează că decizia nu este justificată; dacă este vorba de o incapacitate permanentă, el va trebui să precizeze rata de indemnizare la care estimează că are dreptul; în orice caz, va anexa la recursul său un certificat medical care să indice elementele ce vin în sprijinul cererii sale.

Dacă nu primește răspuns în termen de 60 de zile de la data confirmării de primire sau primirii recipisei prevăzute la alineatul precedent, sau dacă estimează că acest răspuns nu este satisfăcător, va putea cita INAIL în fața instanțelor judiciare.

Opunerea sa poate fi prezentată INAIL fie direct, fie prin intermediul instituției de la locul de reședință sau de ședere.

11. Cipru

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 15 zile pe lângă Ministerul Muncii și Asigurării Sociale. Dacă nu sunteți mulțumiți de decizia ministerului puteți introduce un recurs la Curtea Supremă în termen de 75 de zile de la data deciziei comunicate de către minister.

12. Letonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de o lună de zile de la data când ați primit notificarea deciziei, către:

| Denumire:

| Adresă:

|

|

|

—|

13. Lituania

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de o lună de zile de la data la care ați primit notificarea pe lângă Comisia Administrativă de Contestații.

14. Luxemburg

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, este posibil să introduceți un recurs, în principiu pe lângă "Consiliul arbitral al asigurărilor sociale", în termen de 40 de zile de la data primirii notificării acestei decizii.

15. Ungaria

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă instituțiile competente ungare (specificate la rubrica 2 sau 4 din formularul E 118). Decizia instituției competente este aplicabilă în termen de 15 zile de la data primirii notificării acesteia.

16. Malta

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Departamentul Social de Securitate din Valletta în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia.

17. Țările de jos

Dacă nu sunteți de acord cu comunicarea alăturată, este posibil să solicitați o decizie de apel pe lângă instituția olandeză competentă (desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 din formularul E 118, într-un termen rezonabil de scurt. Metoda de recurs și termenul limită de apel vor fi specificate în decizie.

18. Austria

Dacă nu sunteți de acord cu informațiile alăturate (formularul E 118), puteți să introduceți o cerere de decizie pe lângă instituția competentă austriacă desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 din formularul menționat mai sus, pe lângă care puteți solicita căi de recurs admisibile.

19. Polonia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Zakład Ubezpieczeń Społecznych - ZUS (Instituție de Asigurare Socială) cu autoritate teritorială la locul de ședere al angajatului, și în cazul fermierilor pe lângă Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - KRUS (Fond de Asigurare socială de Agricultură) din cadrul filialei regionale. În această filială vă va fi indicată decizia pentru prestațiile eligibile și veți fi informați despre posibilele măsuri de apel împotriva deciziei.

20. Portugalia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți:

- dacă incapacitatea de muncă nu este recunoscută, să introduceți un recurs pe lângă <<Commissao Instaladora da Administracao Regional da Saude>> (comisia administrativă regională a sănătății) în termen de 8 zile de la data de primire a notificării deciziei,

sau

- dacă o cerere de prestații în natură a fost respinsă din motive administrative, să introduceți un recurs pe lângă tribunalul administrativ competent la nivel local (Tribunal Administrativo de Circulo) în termen de două luni de la data primirii notificării deciziei.

21. Slovenia

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Curtea socială și de muncă din Ljubljana, Komenskeba 7, în termen de 30 de zile de la data primirii deciziei.

22. Slovacia

Dacă nu sunteți de acord cu informațiile specificate și dacă nici o decizie nu a fost emisă, puteți solicita filialei competente din cadrul Agenției de asigurare socială să elibereze o astfel de decizie. Puteți face un apel către din cadrul Agenției de Asigurare Socială în termen de 15 zile de la primirea deciziei eliberate de filiala locală. Decizia Agenției de asigurare socială (HQ) în legătură cu prestațiile este finală; totuși în termen de două luni de la primirea acesteia puteți face un apel împotriva ei pe lângă curtea regională competentă.

În cazul chestiunilor ce nu țin de prestații, puteți solicita măsuri de corecție a deciziei Agenției HQ de asigurare socială în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia pe lângă curtea regională competentă. Adresa Agenției HQ de asigurare socială este: Socialna poistovna, ustredie. ul, 29 augusta c. 8 - 10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finlanda

Dacă doriți să contestați decizia alăturată, dispuneți de un termen de 30 de zile de la data de primire a notificării acesteia, pentru a introduce un recurs pe lângă instituția de asigurare finlandeză desemnată la rubrica 2 sau la rubrica 4 a formularului E 118 sau pe lângă instituția de asigurare cea mai apropiată de locul dumneavoastră de reședință, desemnată de asemenea la una din rubricile de mai sus.

24. Suedia

Puteți, pe o perioadă de două luni de zile de la data luării la cunoștință a deciziei, să faceți apel pe lângă instituția suedeză indicată în rubrica 2 sau 4 din formularul E 118. În recursul dumneavoastră trebuie să precizați de ce considerați nejustificată decizia.

25. Regatul Unit al Marii Britanii

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 28 de zile de la data primirii deciziei pe lângă Serviciul de pensie. Centrul internațional de pensie. Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, sau Agenția națională de securitate din Irlanda de Nord, Overseas Branch, Belfast, cea mai adecvată.

26. Islanda

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs pe lângă Departamentul social de securitate de stat din Reykjavik.

27. Liechtenstein

(a) În cazul asigurărilor de boală: dacă nu sunteți de acord cu decizia unei case de asigurare de boală, puteți solicita ce trebuie să conțină motivele și informațiile avizate de lege.

În termen de 60 de zile de la primirea hotărârii legale, persoana interesată poate depune la dosar o reclamație legală pe lângă respectiva curte.

(b) În cazul asigurărilor împotriva accidentelor: dacă nu sunteți de acord cu decizia de asigurare de accidente, puteți cere asigurătorului o reexaminare a acesteia, în termen de o lună de zile de la primire.

Dacă nu sunteți de acord cu decizia unui societății de asigurare împotriva accidentelor, puteți de asemenea, în termen de două luni de la data primirii ei o reclamație legală pe lângă respectiva curte. Aceasta, de asemenea, solicită societății de asigurare împotriva accidentelor reexaminarea deciziei.

28. Norvegia

Un apel împotriva deciziei norvegiene trebuie trimis instituției indicată la rubrica 2 sau 4 din formularul E 118 în termen de 6 săptămâni de la data primirii deciziei.

29. Elveția

Dacă nu sunteți de acord cu decizia alăturată, puteți introduce un recurs în termen de 30 de zile de la data primirii deciziei. În decizia de recurs se vor specifica măsurile corective și perioada de introducere a apelului.

ANEXA 15

la [Normele](#) metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
|*1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 120 | |
| | |

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 acestea 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*2) |
| _____ |

| 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*3): | Nume de naștere (dacă 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

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

| 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. | |__|*4)

| ____| _____

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

|

| înscriși întrucât

|

|

..... |

|

..... |

| _____

__|

| 8. | -

| | | |_*4)

| 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*3) Prenume Sex Data nașterii Nr. de identificare
personal|

| F M

| - -

| 9.2 | | |

| - -

| 9.3 | | |

| - -

| 9.4 | | |

| - -

| 9.5 | | |

| - -

| 9.6 | | |

| - -

| 9.7 | | |

| - -

| 9.8 | | |

| 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 pojistovna>>, casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;
 - în Cipru, <<Ypoyryeio Yyeias>>*) (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestații în natură 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, <<Direccion 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 spitalicești 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, <<Unita sanitaria locale>> (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu:

în Letonia, <<Veselības obligāto 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 Hivatal>> (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 Seguranca Social>> (centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: <<Direcção Regional de Seguranca Social>> (direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Azores: <<Direcção Regional de Seguranca Social>> (direcția regională de securitate socială), de la locul de reședință

în Slovenia, serviciul teritorial competent <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia), de la locul de reședință

în Slovacia, <<Zdravotna poistovna>> (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

în Finlanda, oficiul local al <<Kansaneläkelaitos>> (instituția de asigurări sociale);

în Suedia, <<forsäkringskassan>> (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 fur Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), Vaduz;

în Norvegia, <<Iokale Trygdekontor>> (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință;

în Elveția, <<Institution commune LAMal - istituzioniune commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

*) Literele din alfabetul grec au fost transformate în litere latine.

c) Trebuie să semnalati 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 muncă 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.

ANEXA 16

la Norme metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ

| *1)

A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 121 | |

| | |

ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA TITULARILOR DE PENSIE, A
MEMBRILOR FAMILIEI ACESTORA ȘI ACTUALIZAREA LISTELOR

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 28\(1\)\(a\)](#) și [articolul 29\(1\)\(a\)](#)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 29\(19\)\(2\)](#) și (3); [articolul 30\(1\)](#);
[articolul 9\(4\)](#)

Instituția care trebuie să elibereze atestatul conform [articolului 29\(2\)](#) sau [articolului 30\(1\)](#) din Regulamentul (CEE) nr. 574/72 completează partea A a formularului și înmânează două exemplare titularului de pensie, sau membrului familiei sale, ori le transmite instituției de la locul de reședință dacă formularul a fost solicitat de aceasta. Eventual, cele două exemplare sunt mai întâi transmise instituției care trebuie să completeze rubricile 6 și 7. Instituția de la locul de reședință, la primirea celor două exemplare, completează partea B a acestora și transmite un exemplar instituției desemnate la rubrica 7.

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

A. Notificarea dreptului

| 1. | Instituția de la locul de reședință*2) |
| _____ |

| 1.1 Denumire: |
| |
| 1.2 Număr de identificare a instituției: |
| |
| 1.3 Adresa: |
| |
| |
| 1.4 Referință: formularul dvs. E 107 din data de |
| |
| _____ |

| 2. | Titular de pensie |
| _____ |

| 2.1 Nume*3): | Nume anterioare: |
| |
| |
| 2.2 Prenume: | Data nașterii: |
| |

..... |
..... |
| 2.3 Adresa în țara de reședință: |
..... |
| |
..... |
| 2.4 Data transferului eventual de reședință: |
..... |
| 2.5 Număr de identificare personal: |
..... |
| 2.6 Titularul de pensie a fost: |

| |

| 3. | A se completa de către instituția debitoare a pensiei sau rentei |
| | |-----

| 3.1 Persoana interesată desemnată mai sus este titulara unei pensii sau
unei |
	rente					
	-		-		-	
		de bătrânețe		de invaliditate		de urmaș
	-		-			
		de accident de muncă		de boală profesională		
3.2 De la data de:						
.....						

| |

| 4. | Instituția care a completat rubrica 3*4)

| _____ |

| 4.1 Denumire:

..... |

| 4.2 Număr de cod:

..... |

| 4.3 Adresa:

..... |

|

..... |

| 4.4 Ștampila

4.5 Data:

..... |

4.6 Semnătura:

|

|

..... |

|

|

| E 121

|

| _____ |

| 5. | Membrul familiei titularului de pensie

| _____ |

| 5.1 Nume*3):

Nume anterioare*3):

|

.....

..... |

| 5.2 Prenume:

Data nașterii:

|

.....

..... |

| 5.3 Adresa în țara de reședință:

..... |

|

..... |

| 5.4 Număr de înregistrare:

..... |

| 5.5 Data transferului eventual de reședință:

..... |

|

|

| 6. | A se completa de către instituția debitoare a pensiei sau rentei sau de
| | către instituția de asigurare de boală - maternitate din țara debitoare

a

| | pensiei*5)

| _____ |

|

| 6.1 Număr de identificare a instituției care instrumentează pensia:
.....
6.2
-
are dreptul la prestații în natură corespunzătoare asigurării de
boală - maternitate începând cu data de
.....
6.3 Costul prestațiilor ce trebuie acordate în țara de reședință - dacă
persoana nu are reședința în statul competent - este suportat de noi
-
6.4
atestat
-
6.5
.....*6)
-
6.6
din data de

_

7. |_| Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a
| persoanei menționate la rubricile 2 sau 5, cu numărul
|
| și valabil până la data de
|

| 8. | Instituția care a completat rubrica 6*4)
|_| _____

| 8.1 Denumire:
| |
| 8.2 Număr de identificare a instituției:
| |
| 8.3 Adresa:
| |
| |
| 8.4 Ștampila 8.5 Data:
| |

8.6 Semnătura:

|
|
|
|..... |
|
|_____ |
|

B. Notificarea înscrierii sau a neînscrierii

| 9. | |_*7)
| |
|_____ |

|
| -
| 9.1 | | Persoana interesată desemnată la rubrica 2
|
| -
| | | Persoana interesată desemnată la rubrica 5
|
| Nu a putut fi înscrisă
|
| -
| 9.2 | | întrucât persoana interesată are deja dreptul la prestațiile în
| natură potrivit legislației țării noastre
|
| -
| 9.3 | | Alte motive:
| |
| |
| |
|_____ |
|

|
|_____ |

| 10. | |_*7)
| |
|_____ |

|
| -
| 10.1 | | Persoana indicată la rubrica 2
|
| -
|

Indicații pentru titularul de pensie sau membrul familiei

Trebuie să transmiteți cât mai curând cele două exemplare din prezentul formular instituției de asigurare următoare:

în Belgia, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;

în Republica Cehia, <<Zdravotni pojistovna>>, casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință;

în Cipru, <<Ypoyrveio Yyeias>>*) (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestații în natură în cadrul instituțiilor Medicale Guvernamentale

în Danemarca, autoritatea municipală de la locul de reședință

în Germania <<Krankenkasse>> (casa de asigurări 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, <<Direccion Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social>> (direcția provincială a Institutului național al securității sociale) de la locul de reședință

în Estonia, <<Eesti Haigekassa>> (casa de asigurare de sănătate)

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, <<Unita sanitaria locale>> (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competentă în funcție de teritoriu

în Letonia, <<Veselibas obligatas apdrosinasanas valsts agentura>> (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în Lituania, <<"Teritorine ligoniu kasa" (Casa de pacienți teritorială)>>

în Luxemburg, <<Caisse de maladie des ouvriers>> (Casa de boală a muncitorilor);

în Ungaria, <<Megyei Egészségbiztosítási Hivatal>> (oficiul local de asigurare de sănătate);

în Malta, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, 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 Seguranca Social>> (centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință; pentru Madeira: <<Direccao Regional de Seguranca Social>> (direcția regională de securitate socială), la Funchal; pentru Azores: <<Direccao Regional de Seguranca Social>> (direcția regională de securitate socială) de la locul de reședință

în Slovenia, <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia)

în Slovacia, <<Zdravotna poistovna>> (companie de asigurări de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

în Finlanda, oficiul local al <<Kansanelakelaitos>> (instituția de asigurări sociale);

în Suedia, <<forsakringskassan>> (biroul asigurărilor sociale) de la locul de reședință

|
|_____|

în Islanda, <<Tryggingastofnun ríkisins>> (Institutul național al securității sociale a statului), la Reykjavík

în Liechtenstein, <<Amt für Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

în Norvegia, <<lokale Trygdekontor>> (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință

în Elveția, <<Institution commune LAMal - istituzioniune commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

*) Literele din alfabetul grec au fost transformate în litere latine.

NOTE

*1) Sigla țării careia 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 muncă și pensie, serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

*3) În Ungaria această rubrică trebuie completată de către instituția de asigurare de boală și maternitate;

*5) În Italia, rubrica 6 și rubrica 7 trebuie să fie completate exclusiv de USL sau de Ministerul sănătății.

*6) În cazul în care formularul, emis de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză, are în vedere un membru al familiei.

*7) A se completa rubrica 8 sau rubrica 9 și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.

ANEXA 17

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
| *1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 125 | |
| _____ | | _____ |

EXTRAS INDIVIDUAL PRIVIND CHELTUIELILE EFECTIVE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 36\(1\)](#) și (2); [articolul 63\(1\)](#); [articolul 87\(1\)](#)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 93\(1\)](#), (2), (4) și (5); [articolul 105\(1\)](#)

A se completa un formular pentru fiecare beneficiar.

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

-
- Lucrător independent
-
- Lucrător frontalier (salariat)
-
- Lucrător frontalier (independent)
-
- Lucrător în șomaj

|

4. Persoana menționată mai sus a beneficiat de prestații pe baza următorului document:

4.1 Cardul European de Asigurare de Sănătate nr. Data expirării:

certificat provizoriu de înlocuire a Cardului European de Asigurare de Sănătate nr.
 din data: valabil de la până la

Formularul E din data valabil de la până la

4.2 Persoana menționată mai sus a fost supusă expertizei medicale solicitate la data de

5. Cheltuieli efectuate
 (Cuantum*4)

5.1 Pentru prestațiile în natură acordate De la la |
 |

	-	-	
urmărire a*5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unei boli | accident neprofesional |
	-		
	<input type="checkbox"/>		boală sau accident de muncă |

5.2 Îngrijiri medicale |
 |

| 5.3	Îngrijiri dentare	.....	|
.....			
| 5.4	Medicamente	.....	|
.....			
| 5.5	Spitalizare	De la	la
.....			
		
|		De la	la
.....			
		
| 5.6	Alte prestații*6)	.....	|
.....			
		
.....			
| 5.7	Total prestații în		|
|	natură		|
.....			
| 5.8	Controale medicale*7)	.....	|
		
.....			
| 5.9	Pentru prestații în		|
|	bani acordate	de la	la
.....			
| 5.11	Total cheltuieli		|
=====			
		
.....			

| 6.1 Instituția creditoare
| _____

| 6.1 Denumire:

| 6.2 Număr de identificare a instituției:

| 6.3 Adresa:

..... |
| 6.3 Ștampila*8) | 6.4 Data: |
..... |
| 6.5 Semnătura: |
..... |

7. Rezervat instituției din țara competentă

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) Dacă beneficiarul este un membru de familie înregistrat pe baza formularului E 106, vă rugăm să indicați numărul de identificare personal al persoanei asigurate;

*4) A se indica suma în moneda națională;

*5) În cazul în care formularul este trimis unei instituții elvețiene;

*6) A se indica natura prestațiilor: îngrijiri oferite la naștere, proteze dentare, proteze ortopedice, cure termale, ambulanță, mijloace complementare de diagnostic etc.

*7) A se indica natura controalelor medicale sau a expertizelor medicale efectuate.

*8) Un formular semnat și trimis electronic nu trebuie să fie ștampilat.

ANEXA 18

la Normele metodologice

STABILIREA TARIFELOR ÎN VEDEREA RAMBURSĂRII PRESTAȚIILOR ÎN NATURĂ

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: [articolul 22\(1\)\(a\)\(i\)](#); [articolul 22\(3\)](#); [articolul 22\(a\)](#); [articolul 31\(a\)](#) și [articolul 34\(a\)](#);

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: [articolul 34](#)

Instituția competentă completează partea A a formularului și trimite două exemplare instituției care ar fi trebuit să acorde prestațiile persoanei în cauză în țara de ședere, fie direct, fie prin intermediul organismului de legătură. Instituția de la locul de ședere, după ce a completat partea B a formularului, trimite un exemplar instituției competente.

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

A. Cerere

| 1. | Instituția destinatară*2)

| | _____

| 1.1 Denumire:

..... |

| 1.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 1.3 Adresa:

..... |

|

..... |

|

..... |

| _____

|

| 2. | | Persoana îndreptățită

| | _____

| 2.1 Nume*3)

|

5. Vă rugăm să indicați pe chitanțele alăturate, pentru fiecare prestație care figurează acolo, suma care i-ar putea fi rambursată în funcție de tarifele aplicate de instituția de la locul de ședere. Numai pentru Luxemburg, a se indica și cuantumul contribuției oficiale ce trebuie suportată de asigurat.

6. Anexe chitanțe.

| E 126

|

| _____ |

| 7. | Instituția competentă

| _____ |

| 7.1 Denumire:

..... |

| 7.2 Număr de identificare a instituției:

..... |

| 7.3 Adresa:

..... |

|

..... |

| 7.4 Ștampila

7.5 Data:

..... |

7.6 Semnătura:

|

|

..... |

|

| _____ |

B. Răspuns

8. Veți găsi în anexă chitanțe, cu tarifele stabilite conform cererii dumneavoastră

9. | _____ | Suma ce trebuie rambursată | _____ | Nu se efectuează nici o rambursare
.....

| 10. Observații:

..... |

|

..... |

|

..... |

|

..... |

|

| _____ |

|11.| Instituția de la locul de ședere

| 11.1 Denumire:

| 11.2 Număr de identificare a instituției:

| 11.3 Adresa:

| 11.4 Ștampila

11.5 Data:

11.6 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) Dacă instituția care ar fi trebuit să acorde prestațiile în natură nu este cunoscută, formularul poate fi adresat organismului de legătură din țara de ședere, respectiv:

- în Belgia, Institutul național de asigurare de boală - invaliditate (INAMI), la Bruxelles;

- în Republica Cehia, <<CMU>> (Centrul pentru rambursări internaționale), la Praga;

- în Danemarca, <<Indenrings - og Sundhedsministeriet>> (Ministerul de interne și sănătate), la Copenhaga;

- în Germania, <<DVKA>> (Agenția de asigurări de sănătate de legătură), la Bonn;

- în Estonia, <<Eesti Haigekassa>> (casa de asigurare de sănătate)

- în Grecia, <<Oficiul regional sau local al institutului de asigurări sociale (IKA); atunci când este vorba de un marinar, Casa de pensii a marinarilor (NAT);

- în Spania, <<Instituto Nacional de la Seguridad Social>> (Institutul național al Securității sociale), la Madrid;

- în Franța, Centrul european și internațional de legătură de securitate socială, la Paris;
- în Irlanda, <<Department of Health>> (ministerul sănătății), la Dublin;
- în Italia, <<Ministero della Sanita>> (ministerul sănătății), la Roma;
- în Cipru, <<Ypoyryeio Yyeias>>*) (Ministerul Sănătății), 1448 Lefkosia;
- în Letonia, <<Vesellbas obligatas apdrosinasanas valsts agentura>> (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie), la Riga;
- în Lituania, <<"Valstibine ligoniu kasa">> (Casa de pacienți teritorială), la Vilnius;
- în Luxemburg, <<Union des Caisses de Maladie>>, la Luxemburg;
- în Ungaria, <<Orszagos Egeszselgbiztositasi Penztar>> (Casa națională de asigurare de sănătate), la Budapesta;
- în Malta, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta;
- în Țările de Jos, <<Agis Zorgverzekeringen>>, la Utrecht;

- în Austria, <<Hauptverband der Osterreichische Socialversicherungstrager>> (Asociația generală a instituțiilor de asigurări sociale austriece), la Viena;
- în Polonia, <<Narodowy Fundusz Zdrowia>> (Casa națională de sănătate), la Warsaw;
- în Portugalia, <<Departamento de Relacoes Internacionais e Convencoes de Seguranca Social>> (departamentul de relații internaționale și convenții de securitate socială), la Lisabona;
- în Slovenia, <<Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije - Direkcija>> (Institutul de asigurare de sănătate din Slovenia), la Ljubljana;
- în Slovacia, <<Urad pre dohlad nad ydravotnoutou>> (Autoritatea de supraveghere și sănătate) la Bratislava;
- în Finlanda, <<Kansanelakelaitos>> (Instituția de asigurări sociale), la Helsinki;
- în Suedia, <<Riskforsakringsverket>> (Consiliul național al asigurărilor sociale), la Stockholm;
- în Islanda, <<Tryggingastofnun rikisins>> (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik;
- în Liechtenstein, <<Amt fur Volkswirtschaft>> (Oficiul de economie națională), la Vaduz;

- în Norvegia, <<Rikstrygdeverket>> (Administrația națională de asigurare), la Oslo;

- în Elveția <<Institution commune LAMal - Instituzione commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG>> (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothum.

*3) A se indica numele în ordinea statutului civil.

ANEXA 19

la Normele metodologice

COMISIA ADMINISTRATIVĂ
PENTRU SECURITATEA SOCIALĂ
[*1)
A LUCRĂTORILOR MIGRANȚI

| E 127 | |
| | |

EXTRAS INDIVIDUAL PRIVIND SUMELE FORFETARE LUNARE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 36(1) și (2)

Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 94; articolul 95

Instituția de la locul de reședință întocmește formularul pentru un an calendaristic și îl trimite instituției competente, prin intermediul organismului desemnat să aplice articolul 102(2) din Regulamentul (CEE) nr. 574/72.

Vă rugăm să completați formularul în trei exemplare cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. Un formular separat trebuie completat pentru fiecare pensionar și pentru fiecare membru al familiei pensionarului.

| 1. |
| | _____

| Extras nr. Din anul
20.....*2) |
| _____

| 2. | Instituția competentă
| | _____

| 2.1 Denumire:
..... |
| 2.2 Număr de identificare a instituției:
..... |
| 2.3 Adresa:
..... |

..... |

| -

| 4.3 membrul familiei, menționat mai jos, al titularului de pensie

| desemnat la rubrica 3:

| -

| membrul familiei, menționat mai jos, al titularului de pensie

| desemnat la rubrica 3*4):

| 4.3.1. Nume*3):

..... |

| 4.3.2. Prenume:

..... |

| 4.3.3. Adresa:

..... |

|

..... |

| 4.3.4. Număr de identificare personal atribuit de instituția

competentă: |

|

..... |

| 4.3.5. Număr de identificare personal atribuit de instituția

creditoare: |

|

..... |

5. Dreptul la prestații în natură pentru membrii familiei lucrătorului desemnat mai sus ori al titularului de pensie desemnat mai sus și membrii de familie ai acestuia, este atestat de formularul dumneavoastră

E din data

.....

6. Pentru perioada în care acest drept a existat

(de la la

.....)

6.1 Numărul de sume forfetare lunare este de

.....

per familie indiferent de numărul membrilor familiei și un singur tarif

per pensionar sau membrii săi de familie - pentru fiecare un formular E individual și același tarif de rambursare pentru pensionar ca și pentru membrii familiei sale

per persoană*4)

7. Instituția creditoare

| 7.1 Denumire: |	
| 7.2 Număr de identificare a instituției: |	
| 7.3 Adresa: |	
| 7.4 Ștampila*5) |	
| 7.5 Data: |	
| 7.6 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) Anul indicat aici este cel în care drepturile au fost acordate;

*4) În cazul unei scheme de plăți speciale a sumei forfetare;

*5) Un formular semnat și trimis electronic nu trebuie să fie ștampilat.
