

ATESTAT PRIVIND TOTALIZAREA PERIOADELOR DE ASIGURARE, DE MUNCĂ SAU DE REŞEDINȚĂ

Boala – maternitate – deces (alocare) - 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 cărui legislație persoana interesată a fost supusă. Această instituție completează partea B și returnează formularul instituției de la care l-a primit. Dacă formularul este întocmit la cererea persoanei interesate, instituția care trebuie să-l elibereze completează partea A.2 și partea B și înmânează sau transmite formularul persoanei interesate.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini, nici una nu poate fi suprimită.

Partea A

1.	Instituția destinatar
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresă :

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

3. Pentru a rezolva o cerere introdusa de asiguratul desemnat mai sus, va rugam sa ne transmiteți perioadele de asigurare, de muncă sau de reședință realizate de acesta

3.1 Incepând cu

3.2 Conform legislației țării dumneavoastră, pentru riscul :

boala-maternitate ⁽⁵⁾ deces (alocatie) invaliditate ⁽⁶⁾

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

Partea B

5.	Persoana indicată	la rubrica 2
5.1	<input type="checkbox"/> este asigurat pentru riscul de boală-maternitate de la data indicată la rubrica 3.1 ⁽⁷⁾	
5.2	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> (10)
6.2	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.3	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.4	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.5	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.6	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.7	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.8	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)
6.9	De la la ⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de <input type="checkbox"/> (10)

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

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

NOTE

- (1) Sigla ţării 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 destinatară 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 = boala-maternitate ; B = deces (alocăție) ; 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 salariale sau independente.
-