

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 25.1 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	<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⁾
6.10	De la	la	⁽⁸⁾	pentru ⁽⁹⁾ riscul de	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁰⁾

7. Perioadele de reședință următoare :

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

8. Instituția care completează partea B

8.1	Denumire:		
8.2	Număr de identificare a instituției :		
8.3	Adresă:		
8.4	Ștampilă	8.5	Data :
		8.6	Semnătura

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 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 = 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 casuță, dacă perioada de asigurare sau de reședință corespunde unei perioade de muncă efectivă, și a se preciza natura activității salariate sau independente.
-