

S1

**Înregistrare pentru asigurare medicală**

Regulamentele UE 883/04 și 987/09 (*)

INFORMAȚII PENTRU DEȚINĂTOR

Acesta este certificatul dumneavoastră și al membrilor familiei dumneavoastră care vă deschide dreptul la prestații în natură în caz de boală, maternitate și paternitate (respectiv, asistență medicală, tratament medical etc.) în statul dumneavoastră de reședință. Membrii familiei sunt acoperiți doar dacă îndeplinesc condițiile prevăzute în legislația statului de reședință.

Certificatul trebuie depus cât mai curând la instituția de asistență medicală din localitatea de reședință (**).

Pentru lista instituțiilor de asistență medicală, consultați <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DETALII PERSONALE ALE DEȚINĂTORULUI

1.1 Cod numeric personal în statul membru competent

1.2 Nume

1.3 Prenume

1.4 Nume la naștere (***)

1.5 Data nașterii

1.6 Adresa în statul de reședință

1.6.1 Strada, nr.

1.6.3 Cod poștal

1.6.2 Orașul

1.6.4 Cod de țară

1.7 Statut

 1.7.1 Asigurat 1.7.2 Membru de familie al asiguratului 1.7.3 Pensionar 1.7.4 Membru de familie al pensionarului 1.7.5 Solicitant de pensie**2. PRESTAȚII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PE TERMEN LUNG ÎN BANI** 2.1 Deținătorul beneficiază de prestații de asistență medicală pe termen lung în bani

(*) Regulamentele (CE) nr. 883/2004, articolele 17, 22, 24, 25, 26 și 34, și 987/2009, articolele 24 și 28.

(**) Pentru Spania, Suedia și Portugalia, certificatul trebuie depus la oficiul teritorial principal al Institutului național de securitate socială (INSS), la instituția de asigurări sociale și, respectiv, la instituția de securitate socială de la locul de reședință.

(***) Informații furnizate instituției de către deținător când acestea nu sunt cunoscute de către instituție.

S1



Înregistrare pentru asigurare medicală

3. DETALII PERSONALE ALE ASIGURATULUI

(se completează dacă deținătorul are dreptul la asistență medicală în baza asigurării unei alte persoane)

3.1	Cod numeric personal în statul membru competent	
3.2	Nume	
3.3	Prenume	
3.4	Nume la naștere (*)	
3.5	Data nașterii	
3.6	Adresa asiguratului dacă este diferită de cea de la punctul 1.6	
3.6.1	Strada, nr.	3.6.3 Cod poștal
3.6.2	Orașul	3.6.4 Cod de țară

4. ASIGURAT DE LA/LA:

4.1	Data începerii	4.2	Data încheierii
-----	----------------	-----	-----------------

5. INSTITUȚIA CARE COMPLETEAZĂ FORMULARUL

5.1	Nume		
5.2	Strada, nr.		
5.3	Orașul		
5.4	Cod poștal	5.5	Cod de țară
5.6	Numărul de identificare al instituției		
5.7	Număr de fax la birou		
5.8	Număr de telefon la birou		
5.9	E-mail		
5.10	Data		
5.11	Semnătura		

ȘTAMPILĂ

(*) Informații furnizate instituției de către deținător când acestea nu sunt cunoscute de către instituție.