

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(i);  
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	Denumire: .....
1.2	Număr de identificare : .....
1.3	Adresă: .....
	.....
	.....

2.	<input type="checkbox"/> Asiguratul
2.1	Nume <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Prenume <sup>(3)</sup> ..... Data nașterii .....
2.3	Nume anterioare .....
2.4	Adresa .....
2.5	Număr de identificare personal <sup>(4)</sup> : .....
2.6	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Solicitant
	de pensie sau rentă de
	<input type="checkbox"/> bătrânețe <input type="checkbox"/> invaliditate <input type="checkbox"/> urmaș
	<input type="checkbox"/> accident de muncă <input type="checkbox"/> boală profesională
2.7	Instituția debitoare a pensiei sau rentei .....

3	<input type="checkbox"/> Ultimul angajator <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> Ultima activitate independentă <sup>(5)</sup>
3.1	Nume: .....
3.2	Adresă: .....
3.3	Ramura de activitate <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Instituția de asigurare pentru accidente de muncă la care angajatorul este asigurat <sup>(7)</sup> .....
	.....
	.....

<b>4.</b>	Membrii familiei <sup>(8)</sup>			
4.1	Nume <sup>(2)</sup>	Prenume <sup>(3)</sup>	Data nașterii	Nr. de identificare personal <sup>(4)</sup>
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Adresa în țara de reședință <sup>(9)</sup> :			
	.....			
	.....			

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 Asigurari de Sănătate sau Cardul European de Asigurari de Sănătate (dacă acesta poate fi eliberat sub legislația statului competent)
- Valabil de la ..... la .....
8.  Raport medical atașat în anexă <sup>(10)</sup>

<b>9.</b>	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**

<b>10.</b>
10.1 <input type="checkbox"/> Vă transmitem alăturat formularul menționat anterior. Vă rugăm să ne trimite un exemplar completat și semnat <sup>(11)</sup>
10.2 <input type="checkbox"/> Nu este posibilă eliberarea atestatului solicitat în partea A, întrucât: ..... .....

<b>11.</b>	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 statutului 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.