



3 Cetățenie <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup> : .....

4 Detalii despre naștere <sup>(17)</sup>

4.1 Data nașterii <sup>(17)</sup> : .....

4.2 Locul nașterii <sup>(18)</sup> : .....

4.3 Provincie/departament/regiune <sup>(19)</sup> : .....

4.4 Țara <sup>(20)</sup> : .....

5 Adresă și detalii bancare

5.1 Adresa <sup>(3)</sup> <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup>

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

5.2 Detalii bancare sau adresa pentru plata directă

Numele beneficiarului așa cum este înregistrat la bancă.....

Denumirea băncii .....

Adresa băncii .....

Cod de identificare bancară (BIC/SWIFT) .....

Număr de cont bancar internațional (IBAN) .....

6

6.1 Număr de asigurare la instituția de înregistrare:.....

6.2 Numărul de referință al dosarului la instituția care instrumentează cererea : .....

7

7.1  Asiguratul continuă să desfășoare o activitate profesională  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 funcționar public <sup>(22a)</sup>  
 care antrenează asigurarea obligatorie la pensie <sup>(23)</sup>

7.2  Asiguratul nu mai desfășoară activități profesionale  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 ca funcționar public <sup>(22a)</sup>  
 de la data de .....

7.3  Asiguratul intenționează să înceteze desfășurarea unei activități  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 ca funcționar public <sup>(22a)</sup>  
 de la data de .....

7.4  Asiguratul intenționează să desfășoare o activitate <sup>(24)</sup>  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 ca funcționar public <sup>(22a)</sup>  
 activitate independentă (a se preciza natura activității):

7.5 Cuantumul  salariului  veniturii profesional  altor venituri <sup>(25)</sup>

7.6 Natura celorlalte venituri : .....

7.7  Solicitantul/solicitantă declară că nu are nici un venit <sup>(26)</sup>

8

	Asiguratul	a solicitat prestațiile următoare	beneficiază de prestațiile următoare
8.2	continuarea plății salariului în caz de boală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	prestații în bani pentru incapacitate de muncă în cadrul asigurării de boală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	alocații în caz de recuperare a capacității de muncă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	pensie de invaliditate <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	pensie de bătrânețe <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	pensie de urmaș <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	pensie ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	prestație de tipul pensiei plătită în cadrul asigurării auto obligatorie (indemnizație de accident rutier) <sup>(28)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	prestații de șomaj sau pensii anticipate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11	prestații familiale <sup>(29)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	rambursări de contribuții	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13	transfer de contribuții <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14	alte prestații (de precizat)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
8.15	Instituții responsabile pentru plata prestațiilor menționate la punctele 8.3. - 8.11 [denumire, adresă <sup>(3)</sup> , numărul prestației] : 8..... 8..... 8..... 8.....		

8.16 Informații complementare cu privire la prestațiile menționate la punctele 8.3 - 8.10.

Prestații	Număr de referință al dosarului	Perioadă sau dată de acordare	Cuantum
8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual .....
8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual .....
8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual .....
8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual .....

- 8.17 Sunt considerate avans la pensia solicitată :
- indemnizațiile pentru incapacitate de muncă în cadrul asigurării de boală
- prestațiile de șomaj
- .....
- 8.18 Asiguratul este îndreptățit la prestațiile în natură de asigurare de boală conform legislației aplicate de instituția care instrumentează cererea
- da  nu  nu s-a stabilit încă
- 8.19 Prestația menționată la punctul 8.6 sau 8.7 rezultă din <sup>(31)</sup> :
- perioadele de asigurare realizate de solicitant : a se vedea E 205.
- perioadele de asigurare realizate de (fostul/ta) soț/soție: a se vedea E 205.

**9** Informații suplimentare în vederea aplicării regulilor de cumul

- 9.1 Dacă prestații de aceeași natură sunt acordate de instituția sau de instituțiile în cauză, pensia calculată de instituția care instrumentează cererea poate fi redusă?
- da  nu  nu s-a stabilit încă
- 9.2 Pensia calculată de instituția care instrumentează cererea poate fi redusă
- da  nu  nu s-a stabilit încă
- datorită luării în calcul a uneia sau a mai multor prestații menționate la punctul 8 ?
- 8 ..... 8 ..... 8 ..... 8 .....
- datorită unui alt venit decât prestațiile menționate la punctul 8 ?
- venitul dintr-o activitate salariată /independentă
- alt venit <sup>(32)</sup> ..... <sup>(32)</sup>
- 9.3 Instituția în cauză este rugată să precizeze cuantumul pensiei care rezultă dintr-o asigurare voluntară (punctul 6.7 al formularului E 210)
- da  nu
- 9.4 Prestația datorată de instituția care instrumentează cererea rezultă (integral sau parțial) dintr-o asigurare voluntară?
- da  nu

**10** Informații care trebuie furnizate dacă formularul trebuie transmis instituțiilor daneze (10.1, 10.2 și 10.3), germane, grecești, spaniole, austriece, poloneze (10.1 și 10.2), franceze (10.1, 10.2 și 10.4), islandeze, slovene (10.2 și 10.3), portugheze, cehe, finlandeze și norvegiene(10.2)

- 10.1 Solicitantul <sup>(33)</sup>
- se declară inapt de muncă (a se vedea raportul medical anexat)
- se declară ca fiind în incapacitate totală de muncă, iar invaliditatea se datorează activităților prestate (a se vedea raportul medical anexat) <sup>(33a)</sup>
- se declară apt de muncă
- 10.2 Solicitantul <sup>(33)</sup> <sup>(34)</sup>
- declară că are nevoie de asistență permanentă a unei terțe persoane pentru a realiza una dintre activitățile obișnuite ale vieții cotidiene (a se vedea raportul medical anexat)
- declară că nu are nevoie de asistență permanentă a unei terțe persoane pentru a realiza una dintre activitățile obișnuite ale vieții cotidiene
- declară că i-a fost afectată capacitatea sa funcțională de o boală sau de un accident, care îl împiedică să realizeze singur activitățile obișnuite ale vieții cotidiene sau care îi impune un efort financiar pe termen lung <sup>(28)</sup>
- 10.3 Solicitantul <sup>(33)</sup>
- declară că nu are suficiente mijloace de existență

10.4 Instituția care instrumentează cererea acordă o prestație suplimentară în măsura în care solicitantul nu mai este capabil să realizeze singur activitățile obișnuite ale vieții cotidiene?

da  nu  nu s-a stabilit încă

— Solicitantul beneficiază de o prestație suplimentară celei de la punctul 8 ....., în măsura în care este incapabil să realizeze singur activitățile obișnuite ale vieții cotidiene?

— Prestația suplimentară a solicitantului poate fi redusă în măsura în care acesta beneficiază de o prestație similară din partea unei alte instituții în cauză

da  nu  nu s-a stabilit încă

## B. Informații privind membrii familiei persoanei asigurate <sup>(4)</sup>

11  Soț  Partener de conviețuire <sup>(12) (35)</sup>

11.1 Nume <sup>(5)</sup>  
.....

11.2 Prenume <sup>(6)</sup> Nume purtate anterior <sup>(7)</sup>  
.....

11.3 Data nașterii : ..... Locul nașterii <sup>(18)</sup> : .....

11.4 Cetățenie <sup>(15) (16)</sup> :  
.....

11.5 Adresa <sup>(3)</sup> : .....  
.....  
.....

11.6 Număr de asigurare <sup>(2) (14)</sup> :  
.....

11.7 Data căsătoriei /începerii conviețuirii : .....

Persoana asigurată conviețuiește în aceeași gospodărie cu soțul sau partenerul?

da de la data de .....

nu nu mai conviețuiește de la data de.....

11.8 Soțul/partenerul  desfășoară  nu desfășoară o activitate profesională

11.9 In caz afirmativ, precizați cuantumul veniturilor :  
 săptămânale <sup>(36)</sup> : .....  anuale <sup>(37)</sup> : .....

11.10 Soțul/partenerul, cu vârstă cuprinsă între 60 și 65 ani, se declară  
 apt pentru muncă  inapt pentru muncă <sup>(33)</sup>

11.11 Soțul/partenerul  
 a depus o cerere de pensie în cadrul sistemului pentru  salariați  
 primește o pensie în cadrul sistemului pentru  independenți  
 toți cei având domiciliu  
 funcționari publici <sup>(37a)</sup>  
 primește o pensie

11.12 In caz afirmativ, indicați  
Tipul pensiei <sup>(38)</sup> : .....

11.13 Numărul pensiei <sup>(16)</sup> : .....

11.14 Instituția responsabilă cu plata acesteia:  
.....  
.....

11.15 cuantum  lunar  trimestrial  anual  săptămânal .....

11.16 Soțul/partenerul  beneficiază  nu beneficiază de alte prestații <sup>(39)</sup>

șomaj  boală  invaliditate  altele

11.17 Data acordării <sup>(40)</sup>: .....

11.18 Cuanum  lunar  trimestrial  anual  săptămânal .....

11.19 Alte resurse cunoscute :

Tipul: .....

Cuanum <sup>(40)</sup> : .....

11.20 Prestația menționată la punctul 11.11 rezultă din <sup>(31)</sup> :

perioade de asigurare realizate de solicitant : a se vedea E 205

perioade de asigurare realizate de (fostul) soț : a se vedea E 205

⑤

**12**Copii<sup>(16)</sup>

12.1	Nume <sup>(5)</sup>	Prenume	Număr de asigurare	Sex (M/F)	Locul și data nașterii, căsătoriei sau decesului <sup>(41)</sup>	Legătură de rudenie (de ex: copil propriu, copil adoptat, copil vitreg)
1.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....	.....

12.2 Este competentă pentru acordarea prestațiilor conform articolului 77 al Regulamentului(CEE) nr.1408/71

instituția care instrumentează cererea

instituția desemnată după cum urmează.....

12.3 Instituția care instrumentează cererea

pentru copiii menționați la rândurile nr. .... ale rubricii 12.1, acordă prestații până la : ..... inclusiv.

Cuanumul majorării pensiei și a alocațiilor familiale pentru fiecare copil <sup>(42)</sup> :

.....

nu acordă prestații pentru copiii menționați la rândurile nr. .... ale rubricii 12.1 <sup>(43)</sup>

nu a luat încă nici o decizie cu privire la dreptul la prestații.

12.4 Adresa <sup>(3)</sup> <sup>(44)</sup> : .....

12.5 Observații <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> <sup>(49)</sup> : .....

C. Informații diverse

**E 202**

**13**  Data introducerii prezentei cereri : .....

Data primei plăți a pensiei pentru care a optat solicitantul în statul menționat în căsuța de deasupra secțiunii 1.....

Data acordării pensiei în statul în care se află instituția care instrumentează cererea: .....

Solicitantul a cerut ca plata să se efectueze <sup>(47)</sup>

direct în statul de domiciliu

către un reprezentant în statul de origine

Informații suplimentare pentru instituțiile finlandeze:

Solicitantul dorește ca decizia să-i fie notificată  în finlandeză  în suedeză

**14** Solicitantul  a cerut  nu a cerut

amânarea calculului pensiei de bătrânețe la care ar avea dreptul.

In caz afirmativ, a se preciza statul și data plății pensiei pentru care a optat solicitantul.....

**15** Instituția care instrumentează cererea  plătește  nu plătește

prestații cu titlu provizoriu conform articolului 45 (1) al Regulamentului (CEE) nr. 574/72.

15.1 In caz contrar, instituțiile în cauză sunt rugate să verifice dacă este posibil să plătească prestațiile cu titlu provizoriu conform articolului 45 (2) al Regulamentului (CEE) nr. 574/72.

**16**  Este cazul  nu este cazul

16.1 să se procedeze la rețineri în vederea compensării, conform articolului 111 al Regulamentului (CEE) nr. 574/72.

Eventualele arierate de pensie

pot  nu pot

fi plătite direct beneficiarului.

**17**

17.1 Formulare anexate  E 205  E 207 <sup>(48)</sup>  E 213 sau toate documentele medicale disponibile

17.2 Vă rugăm să ne transmiteți  E 205  E 210  Decizie  Arierate

E 213

Observații: .....

.....

.....

**18** Instituția care instrumentează cererea

18.1 Denumire : .....

.....

18.2 Adresa <sup>(3)</sup> : .....

.....

18.3 Stampila 18.4 Data .....

18.5 Semnătura .....