

## **ARANJAMENT ADMINISTRATIV din 2 august 2004 pentru aplicarea Acordului dintre România și Republica Cehă în domeniul securității sociale**

### **PARTEA I: DISPOZIȚII GENERALE**

#### **Art. 1: Definiții**

**1.** Termenii utilizați au următoarea semnificație:

**a)** "Acord" desemnează Acordul între România și Republica Cehă în domeniul securității sociale, semnat la București, la 24 septembrie 2002;

**b)** "Aranjament Administrativ" desemnează prezentul Aranjament Administrativ pentru aplicarea Acordului.

**2.** Ceilalți termeni utilizați în prezentul Aranjament Administrativ au semnificația atribuită în Acord.

#### **Art. 2: Organisme de legătură**

**1.** În conformitate cu prevederile articolului 27 alineatul 2 litera c) al Acordului, sunt stabilite ca organisme de legătură, după cum urmează:

**a)** pentru România:

- pentru indemnizațiile pentru incapacitate de muncă determinată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii, de boli profesionale și accidente de muncă; prestațiile în bani pentru recuperarea capacității de muncă; indemnizațiile de maternitate; indemnizațiile pentru creșterea copilului și îngrijirea copilului bolnav; pensiile pentru limită de vârstă; pensiile anticipate; pensiile de invaliditate; pensiile de urmaș; ajutoarele de deces - Casa Națională de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale;

- pentru ajutoarele de șomaj - Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă;

- pentru alocația de stat pentru copii - Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;

- pentru prestațiile în natură în caz de boală și maternitate - Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

**b)** pentru Republica Cehă:

- pentru asigurarea de pensii și boală, inclusiv în cazul prestațiilor plătite din această asigurare ca urmare a dreptului rezultat ca o consecință a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale - Administrația Cehă de Securitate Socială (Česká správa sociálního zabezpečení);

- pentru asigurări de sănătate - Centrul de Rambursări Internaționale (Centrum mezistátních úhrad);

- pentru alocații pentru copii și ajutoare de înmormântare - Ministerul Muncii și Afacerilor Sociale (Ministersvo práce a sociálních věcí);

- pentru prestații de șomaj - Administrația Serviciilor de Ocupare a Ministerului Muncii și Afacerilor Sociale (Správa služeb zaměstnanosti Ministersva práce a sociálních věcí).

**2.** Organismele de legătură facilitează comunicarea între instituțiile Statelor contractante și au atribuțiile stabilite prin Aranjamentul administrativ. Pentru aplicarea Acordului organismele de legătură pot comunica direct, precum și cu persoanele interesate sau cu persoanele autorizate de acestea. Organismele de legătură se sprijină reciproc pentru aplicarea Acordului.

### **PARTEA II: DISPOZIȚII REFERITOARE LA LEGISLAȚIA APLICABILĂ**

#### **Art. 3: Certificatele privind legislația aplicabilă și excepțiile**

**1.** În cazurile prevăzute la Articolele 8-13 ale Acordului, certificatul privind faptul că o persoană angajată rămâne supusă legislației Statului contractant respectiv, conform angajării, va fi eliberat la solicitarea angajatorului sau lucrătorului independent:

- în România: de către Casa Națională de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale;

- în Republica Cehă: de către Administrația Cehă de Securitate Socială.

Formularul eliberat este transmis persoanei în cauză și o copie confirmată instituției menționate anterior a celui alt Stat contractant.

## **2.**

**a)** Următoarele instituții sunt desemnate pentru a-și da acordul în cazul excepțiilor de la prevederile art. 7-12 ale Acordului, menționate la articolul 13:

- în România: Casa Națională de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale;

- în Republica Cehă: Administrația Cehă de Securitate Socială.

**b)** Un angajat și angajatorul său depun o cerere comună, în scris, instituției desemnate menționate anterior a Statului contractant referitoare la legislația care solicită să i se aplice angajatului, ca urmare a cererii. În mod similar va depune cerere și lucrătorul independent.

Cererea lucrătorului detașat privind excepțiile de la aplicarea legislației Statului de angajare la care se referă articolul 8 al Acordului, care a fost deja angajat în acest Stat și a cărui perioadă de detașare expiră, trebuie să fie depusă înainte de sfârșitul perioadei de detașare.

**c)** Acordul instituțiilor desemnate ale Statelor contractante referitoare la excepții este atestat printr-un certificat eliberat și transmis conform alineatului 1 al prezentului Articol.

## **PARTEA III: PREVEDERI REFERITOARE LA PRESTAȚII**

### **Art. 4: Totalizarea perioadelor de asigurare**

Un formular privind perioadele de asigurare realizate în conformitate cu legislația Statului contractant pentru aplicarea articolelor 14, 18 și 22 alineatul 3 al Acordului va fi eliberat la solicitarea:

- în România: a Casei Naționale de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale;

- în Republica Cehă: a Administrației Cehe de Securitate Socială.

## **SECȚIUNEA 1: Prestații în caz de boală și maternitate**

### **Art. 5: Formularul privind dreptul la prestații în natură**

**1.** Pentru a primi prestații în natură pe teritoriul celui alt Stat contractant conform articolelor 15 și 23 ale Acordului, o persoană prezintă instituției locului de reședință un formular care dovedește dreptul, eliberat de instituția competentă.

**2.** Formularul menționat la alineatul 1 al prezentului Articol poate fi eliberat în alte cazuri excepționale, ulterior, la cererea persoanei interesate sau a instituției locului de reședință.

**3.** Formularul este eliberat într-o formă convenită și va conține cel puțin următoarele informații:

- datele de identificare a persoanei și a instituției competente;

- perioada pentru care se acordă dreptul la prestații;

- domeniul prestațiilor pe care persoana are dreptul să le primească la locul de reședință.

**4.** În cazul în care procedura administrativă nu a fost îndeplinită și persoana la care se face referire în Art. 15 alineatul 1 al Acordului a plătit în nume propriu prestațiile în natură, instituția locului de reședință va pune la dispoziție, la cerere, instituției competente informațiile referitoare la suma costurilor care ar fi trebuit suportate dacă procedura administrativă ar fi fost îndeplinită.

**5.** Prin prestațiile prevăzute la Articolul 15 alineatul 3 al Acordului se înțeleg prestațiile importante a căror valoare depășește suma de 100 euro, exprimată în moneda națională.

### **Art. 6: Rambursarea costurilor prestațiilor în natură**

Cererile privind rambursarea, în sensul prevederilor Articolului 17 al Acordului, vor fi solicitate trimestrial, pe baza dovezilor cheltuielilor efective ale instituției locului de reședință, pentru toate cazurile înregistrate. Rambursarea este efectuată prin organismele de legătură ale Statelor contractante într-un termen de 6 luni de la primirea cererilor de rambursare. Dacă instituția competentă nu contestă solicitarea rambursării în acest termen, aceasta este considerată acceptată.

#### **Art. 7: Acordarea prestațiilor în bani**

**1.** Pentru a primi prestații în bani pe perioada reședinței pe teritoriul celui alt Stat contractant, persoana interesată trebuie să transmită instituției locului de reședință un certificat privind incapacitatea de muncă, eliberat de un medic.

**2.** Instituția locului de reședință transmite fără întârziere certificatul referitor la incapacitatea de muncă instituției competente, printr-un formular convenit.

**3.** Totuși, instituția competentă poate solicita instituției locului de reședință să efectueze controale medicale sau administrative. Controlul se va efectua în același mod ca și în cazul unui asigurat propriu.

### **SECȚIUNEA 2: Prestațiile de invaliditate, de bătrânețe și de urmași**

#### **Art. 8: Procesarea unei cereri**

**1.** Dacă instituția unui Stat contractant primește o cerere de prestație de la o persoană care a realizat perioade de asigurare conform legislației celui alt Stat contractant sau ambelor State contractante, această instituție va transmite cererea prin organismele de legătură, instituției competente a celui alt Stat contractant, indicând data la care cererea a fost primită.

Împreună cu cererea, vor fi de asemenea transmise instituției competente a celui alt Stat contractant:

- orice documentație disponibilă care ar putea fi necesară instituției competente a celui alt Stat contractant pentru stabilirea dreptului la prestație al solicitantului;

- formularul care va indica, în special, perioadele de asigurare realizate conform legislației primului Stat contractant;

- și o copie a deciziei sale referitoare la prestație, dacă aceasta a fost luată.

**2.** Instituția competentă a celui alt Stat contractant va determina ulterior dreptul solicitantului și va notifica prin organismele de legătură decizia sa instituției competente a primului Stat contractant.

Împreună cu decizia, aceasta va transmite, dacă este necesar sau la cerere, instituției competente a primului Stat contractant:

- orice documentație disponibilă care ar putea fi necesară instituției competente a primului Stat contractant pentru stabilirea dreptului la prestație al solicitantului;

- formularul care va indica, în special, perioadele de asigurare realizate conform legislației pe care o aplică.

**3.** Informațiile personale privind o persoană fizică conținute în cerere vor fi confirmate de instituțiile competente care vor certifica că informațiile au fost completate pe baza verificării documentației. Certificarea acestor informații pe formular scutește instituțiile competente de a transmite documentele originale. Instituțiile competente vor conveni tipul informațiilor care vor fi confirmate în acest mod.

### **SECȚIUNEA 3: Ajutorul de deces**

#### **Art. 9: Evitarea plăților duble**

În cazul în care instituția unui Stat contractant constată că articolul 21 alineatul 2 al Acordului ar putea fi aplicabil, va informa organismul de legătură al celui alt Stat contractant.

### **SECȚIUNEA 4: Prestații în caz de accidente de muncă și boli profesionale**

#### **Art. 10: Ocupația susceptibilă a fi cauza bolii**

**1.** Dacă instituția unui Stat contractant constată că persoana care suferă de o boală profesională a desfășurat pe teritoriul celui alt Stat contractant ultima activitate susceptibilă a fi cauza bolii profesionale, instituția va trimite notificarea și orice documente aferente acesteia instituției competente a celui alt Stat contractant.

**2.** Instituțiile ambelor State contractante vor efectua schimb reciproc al oricăror documente necesare pentru stabilirea dreptului la prestație.

## **SECȚIUNEA 5: Prestații de șomaj**

### **Art. 11: Totalizarea perioadelor de asigurare**

Perioadele de asigurare realizate conform legislației Statelor contractante pentru aplicarea Articolului 25 al Acordului se certifică de instituțiile Statelor contractante printr-un formular convenit, transmis prin organismele de legătură.

## **SECȚIUNEA 6: Alocații pentru copii**

### **Art. 12: Evitarea plăților duble**

În cazul în care instituția unui Stat contractant constată că Articolul 26 alineatul 2 al Acordului poate fi aplicabil, va informa organismul de legătură al celuilalt Stat contractant.

## **PARTEA IV: DISPOZIȚII DIVERSE**

### **Art. 13: Plata prestațiilor în bani**

**1.** Plata prestațiilor în bani se efectuează direct beneficiarilor.

**2.** Instituțiile competente ale Statelor contractante vor plăti prestațiile în bani conform Acordului, fără a-și deduce din acestea costurile administrative.

### **Art. 14: Renunțarea la rambursarea costurilor pentru verificările administrative sau examinările medicale**

Costul verificărilor administrative și examinărilor medicale efectuate la solicitarea unei instituții a unui Stat contractant pe teritoriul celuilalt Stat contractant nu vor fi rambursate între aceste instituții, pe bază de reciprocitate.

### **Art. 15: Schimb de informații statistice**

Instituțiile competente ale Statelor contractante vor efectua anual schimb de informații statistice privind prestațiile și în special pensiile, acordate și plătite conform Acordului. Informațiile statistice vor include date referitoare la numărul beneficiarilor și cuantumul total al prestațiilor plătite, pe tip de prestație.

### **Art. 16: Formularele și procedura detaliată**

**1.** În baza prezentului Aranjament Administrativ, organismele de legătură ale ambelor State contractante vor conveni formularele și procedura necesară pentru aplicarea Acordului.

**2.** Instituțiile sau organismele de legătură ale ambelor State contractante pot refuza să accepte o cerere pentru o prestație sau orice altă solicitare sau certificat dacă acestea nu sunt prezentate într-un formular convenit.

## **PARTEA V: DISPOZIȚII FINALE**

### **Art. 17: Intrarea în vigoare**

Prezentul Aranjament Administrativ va fi supus aprobării în fiecare Stat contractant și notificarea privind îndeplinirea cerințelor legale pentru intrarea în vigoare a Aranjamentului Administrativ, conform legislației naționale, va fi transmisă pe canale diplomatice. Aranjamentul Administrativ va intra în vigoare la data primirii ultimei notificări și va rămâne în vigoare pe perioada valabilității Acordului.

Semnat la Praga la 2 august 2004, în două exemplare originale, fiecare în limbile română, cehă și engleză, toate textele fiind egal autentice. În caz de diferențe de interpretare, versiunea în limba engleză va prevala.

\_\*\*\*\*\_

PENTRU AUTORITĂȚILE COMPETENTE DIN ROMÂNIA  
E. S. Domnul **Gheorghe TINCA**  
Ambasadorul României la Praga  
PENTRU AUTORITĂȚILE COMPETENTE DIN REPUBLICA CEHĂ  
Domnul **Cestmir SAJDA**  
Ministru adjunct al muncii și afacerilor sociale din Republica Cehă

# ANEXĂ: ACORD ÎNTRE ROMÂNIA ȘI REPUBLICA CEHĂ ÎN DOMENIUL SECURITĂȚII SOCIALE

## CAPITOLUL 1: FORMULAR DE COMUNICARE

RO/CZ 001

Cerere de informații

Transmitere de informații

Cerere de formulare

Revenire

Instituția transmiteți toate completează partea A și trimite două exemplare ale formularului instituției de destinație. Aceasta din urmă completează partea B și înapoiază un exemplar instituției transmiteți toate.

Formularul este utilizat atât ca formular de însoțire a altor formulare cât și pentru toate schimburile de informații care nu sunt menționate explicit în cadrul acestor formulare, cărora nu li se pot substitui în nici un caz.

### Partea A:

1. Instituția de destinație

1.1. Denumire

1.2. Adresa

2. Persoana avută în vedere

2.1. Nume

2.2. Prenume

2.3. Sex  masculin  feminin

2.4. Data nașterii

2.5. Adresa

2.6. Cod asigurat:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă (cod numeric personal)

3. Informații referitoare la dosar

3.1. Tipul prestației

3.2. Referitor la dosarul instituției, transmiteți toate nr.

3.3. Referitor la dosarul instituției de destinație nr.

4. Persoana îndreptățită

4.1. Nume

4.2. Prenume

4.3. Sex:  masculin  feminin

4.4. Adresa

5.  Cerere  Revenire la cererea din

Vă rugăm să ne transmiteți pentru persoana desemnată în caseta  2  4

5.1.  formularul (ele) următoare:

5.2.  documentul (ele) următoare:

5.3.  informațiile următoare:

5.4. Motivul solicitării

6. Schimbare de situație: au intervenit următoarele modificări:

7. Diverse

8. Instituția care completează partea A

8.1. Denumire

8.2. Adresa

8.3. Stampila

**8.4.**Data

**8.5.**Semnătura

**Partea B:**

**9.**Urmare a cererii dvs. din data de ..... vă transmitem anexat:

**9.1.** Formularele următoare

**9.2.** Documentele următoare

**9.3.** Informațiile următoare

**10.**Urmare a cererii dvs. din data de ..... vă informăm că nu vă putem transmite:

**10.1.** Formularele următoare

**10.2.** Documentele următoare

**10.3.** Informațiile următoare

**10.4.** Motive:

**11.**Diverse

**12.** Ca urmare a comunicării dvs. din data de ..... confirmăm primirea informațiilor precizate în caseta nr. 6

**13.**Instituția care completează partea B

**13.1.**Denumire

**13.2.**Adresa

**13.3.**Șampila

**13.4.**Data

**13.5.**Semnătura

**CAPITOLUL 2: FORMULAR PRIVIND LEGISLAȚIA APLICABILĂ**

RO/CZ 101

Articolele 8-13 din Acord

- Articolul 3 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă a Părții Contractante la a cărei legislație este supus lucrătorul completează formularul, la cererea lucrătorului sau a angajatorului și îl înapoiază solicitantului. Înainte de plecarea la muncă pe teritoriul celeilalte Părți Contractante, lucrătorului i se eliberează un formular Ro/Cz 111 de către instituția de asigurare de sănătate. Dacă lucrătorul nu deține acest formular Ro/Cz 111, instituția locului unde acesta lucrează trebuie să-l solicite instituției la care lucrătorul respectiv este asigurat.

**1.**Lucrătorul salariat

**1.1.**Nume

**1.2.**Prenume

**1.3.**Data nașterii

**1.4.**Adresa

**1.5.**Codul asiguratului:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă

**2.**Angajatorul

**2.1.**Denumirea firmei sau numele angajatorului

**2.2.**Adresa

**2.3.**Codul de identificare

**3.**Lucrătorul nominalizat în caseta 1

**3.1.**este detașat de la ..... până la ..... la angajatorul:

**3.2.**Denumirea firmei sau numele angajatorului

**3.3.**Adresa

**4.**Confirmare

**4.1.**Lucrătorul nominalizat în caseta 1 va fi supus legislației  românești  cehe conform articolelor  8  9  10  11  12  13 din Acord

4.2. De la ..... până la .....

5. Membrii de familie care-l însoțesc pe lucrătorul nominalizat în caseta 1

Nume

Prenume

Data nașterii

Cod numeric personal

6. Instituția competentă

6.1. Denumire

6.2. Adresa

6.3. Șampila

6.4. Data

6.5. Semnătura

### **CAPITOLUL 3: FORMULAR PRIVIND CONFIRMAREA PERIOADELOR DE ASIGURARE**

RO/CZ 104

- Articolul 14 din Acord

- Articolul 4 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă completează partea A a formularului și transmite două exemplare instituției de pe teritoriul celeilalte Părți Contractante. Această instituție completează partea B și înapoiază un exemplar al formularului instituției care i s-a adresat. Dacă formularul este emis la cererea persoanei interesate, instituția care este obligată să-l elibereze completează partea B și îl înmânează sau îl transmite celui interesat.

A) Cerere de confirmare

1. Instituția destinatară

1.1. Denumire

1.2. Adresa

2. Persoana avută în vedere

2.1. Nume

2.2. Prenume

2.3. Adresa

2.4. Codul asiguratului:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă (cod numeric personal)

3. Persoana nominalizată în caseta 2 declară că a desfășurat activitate profesională  salariale  independentă în Republica Cehă

3.1. Denumirea firmei sau numele ultimului angajator

Ultima activitate independentă

Adresa

3.2. \_

Angajatorii precedenți  
(indicați denumirea firmei sau numele angajatorului și adresele)

Activitățile independente precedente  
(indicați adresele)

3.3. Pentru a da curs cererii introduse de persoana nominalizată în caseta 2, vă rugăm să ne comunicați perioadele de asigurare realizate începând cu:  
sub legislația țării dvs. pentru categoria de risc

boală și maternitate

4. Instituția competentă

4.1. Denumire

**4.2.**Adresa

**4.3.**Șampila

**4.4.**Data

**4.5.**Semnătura

**B)**Confirmare

**5.**Persoana nominalizată în caseta 2 a realizat începând cu data indicată la punctul 3.3

perioadele de asigurare următoare:

de la ..... până la .....

de la ..... până la .....

de la ..... până la .....

**6.**Instituția desemnată în caseta 1

**6.1.**Denumire

**6.2.**Adresa

**6.3.**L.S.

**6.4.**Data

**6.5.**Semnătura

## **CAPITOLUL 4: FORMULAR PRIVIND SOLICITAREA DE CONFIRMARE A DREPTULUI LA PRESTAȚII ÎN NATURĂ**

RO/CZ 107

- Art. 15 și 23 din Acord

- Art. 5 din Aranjamentul Administrativ

Instituția locului de reședință sau ședere va completa partea A și va trimite două exemplare ale formularului instituției competente. Instituția competentă va completa partea B și va returna unul din cele două exemplare instituției locului de reședință sau ședere.

**A)**Se va completa de către instituția locului de reședință sau ședere

**1.**Instituția competentă

**1.1.**Numele

**1.2.**Adresa

**2.**Persoana interesată

**2.1.**Numele de familie

**2.2.**Prenumele

**2.3.**Data nașterii

**2.4.**Adresa

**2.5.**Codul Numeric Personal al asiguratului

**3.**Am primit la ..... o cerere de la persoana menționată la punctul 2 pentru:

**3.1.** acordarea prestațiilor în natură în caz de urgență

**3.2.** confirmarea dreptului la prestații în natură peste situația de urgență

**4.**Prestații în natură

au fost acordate

nu au fost acordate

**5.**Vă rugăm să ne trimiteți confirmarea/atestarea dreptului la prestații în natură pe formularul CZ/RO valabil de la ..... la

**6.**Instituția locului de reședință sau ședere

**6.1.**Numele

**6.2.**Adresa

**6.3.**Șampila

**6.4.**Data

**6.5.**Semnătura

**B)**Se va completa de către instituția competentă

**7.**\_

- 7.1.  Formularul menționat anterior este anexat  
7.2.  Nu putem să emitem confirmarea cerută în partea A, deoarece:

8. Instituția competentă

8.1. Numele

8.2. Adresa

8.3. Șampila

8.4. Data

8.5. Semnătura

## **CAPITOLUL 5: FORMULAR PRIVIND ATESTAREA DREPTULUI LA PRESTAȚII ÎN NATURĂ ÎN TIMPUL UNEI ȘEDERI TEMPORARE**

RO/CZ 111

- Art. 15 alineat 1 și Art. 23 din Acord
- Art. 5 alineat 1 și 2 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă va completa acest formular și-l va trimite persoanei interesate, sau îl va trimite instituției locului de ședere, dacă formularul a fost emis la cererea acesteia din urmă.

1. Persoana asigurată

1.1. Numele de familie

1.2. Prenumele

1.3. Data nașterii

1.4. Adresa

1.5. Codul Numeric Personal al asiguratului

2. Persoana menționată mai sus este îndreptățită la prestații în natură în caz de urgență, în cadrul asigurării de boală și maternitate. Aceste prestații pot fi acordate de la ..... la ..... inclusiv.

3. Instituția competentă

3.1. Numele

3.2. Adresa

3.3. Șampila

3.4. Data

3.5. Semnătura

Instrucțiuni pentru persoanele interesate

Prezentați formularul companiei de asigurări de la locul șederii. Dacă aceasta nu este posibil, prezentați formularul în cazuri urgente de spitalizare direct la spital.

## **CAPITOLUL 6: FORMULAR PRIVIND CONFIRMAREA DREPTULUI LA PRESTAȚII ÎN NATURĂ DUPĂ DEPĂȘIREA SITUAȚIEI DE URGENȚĂ (Continuarea acordării prestațiilor în natură după depășirea situației de urgență)**

RO/CZ 112

- Art. 15 alineat 2 și Art. 23 din Acord
- Art. 5 alineat 1 și 2 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă va completa formularul și-l va trimite persoanei interesate sau instituției locului de ședere, dacă formularul a fost emis la cererea acesteia din urmă.

1. Persoana asigurată

1.1. Numele de familie

1.2. Prenumele

1.3. Data nașterii

1.4. Adresa

1.5. Codul Numeric Personal al asiguratului

2. Persoana menționată la pct. 1 își menține dreptul de a primi prestații în natură în  România  Republica Cehă

2.1. de a primi tratament la/de la .....

sau la orice alt așezământ de natură similară în cazul transferului, care este din punct de vedere medical necesar pentru acest tratament

**3.** Aceste prestații pot fi acordate în baza acestei confirmări

**3.1.** de la ..... la ..... inclusiv

**4.** Instituția competentă

**4.1.** Numele

**4.2.** Adresa

**4.3.** Șampila

**4.4.** Data

**4.5.** Semnătura

## **CAPITOLUL 7: FORMULAR PRIVIND NOTIFICAREA SPITALIZĂRII**

RO/CZ 113

- Art. 15 alineat 1 și Art. 23 din Acord

- Art. 5 alineat 1 și 2 din Aranjamentul Administrativ

Instituția locului de ședere va completa formularul și-l va trimite instituției competente.

**1.** Instituția competentă

**1.1.** Numele

**1.2.** Adresa

**2.** Persoana asigurată

**2.1.** Numele de familie

**2.2.** Prenumele

**2.3.** Data nașterii

**2.4.** Adresa

**2.5.** Codul Numeric Personal al asiguratului

**3.** Referitor la formularul dvs. .... din .....

**A.** Notificarea de intrare în spital

**4.** Persoana menționată la pct. 2

**4.1.** a intrat din data ..... în spital

**4.2.** Numele

**4.3.** din cauză de:

boală  maternitate  accident de muncă  boală profesională  accident cauzat de o terță persoană

**4.4.** Persoana menționată va sta probabil în spital până la:

**4.5.** Diagnosticul ..... (conform clasificării internaționale a bolilor)

**B.** Notificarea ieșirii din spital

**5.** Spitalizarea notificată

prin formularul nostru RO/CZ 113 din data .....

în partea A de mai sus

terminată la data .....

**6.** Instituția locului de ședere

**6.1.** Numele

**6.2.** Adresa

**6.3.** Șampila

**6.4.** Data

**6.5.** Semnătura

## **CAPITOLUL 8: FORMULAR PRIVIND ACORDAREA PRESTAȚIILOR IMPORTANTE ÎN NATURĂ**

RO/CZ 114

- Art. 15 alineat 3 și Art. 23 din Acord

- Art. 5 alineat 1, 2 și 5 din Aranjamentul Administrativ

Instituția locului de ședere va completa formularul și-l va trimite instituției competente.

**1. Instituția competentă**

**1.1. Numele**

**1.2. Adresa**

**2. Persoana asigurată**

**2.1. Numele de familie**

**2.2. Prenumele**

**2.3. Data nașterii**

**2.4. Adresa**

**2.5. Codul Numeric Personal al asiguratului**

**A) \_**

**3. Referitor la:**

**3.1. \_**

formularul dvs. .... din data .....

formularul nostru RO/CZ din .....

**4. Serviciile noastre medicale au recunoscut pentru persoana menționată la pct. 2:**

**4.1.**  necesitatea  extrema urgență

**4.2.** a următoarelor prestații

**4.3.**  costurile probabile  costurile efective conform legislației noastre

**5.**  Vă rugăm vedeți raportul anexat al medicului examinator care face recomandarea (1)

**6.**  Prestațiile menționate la pct. 4.2 au fost deja acordate avându-se în vedere natura urgentă a cazului la data .....

**7. Instituția locului de ședere**

**7.1. Numele**

**7.2. Adresa**

**7.3. Șampila**

**7.4. Data**

**7.5. Semnătura**

**B) Decizia instituției competente**

**8. Prestațiile menționate la pct. 4.2**

pot fi acordate

nu pot fi acordate

motivul:

**9. Instituția competentă**

**9.1. Numele**

**9.2. Adresa**

**9.3. Șampila**

**9.4. Data**

**9.5. Semnătura**

Notă - (1) dacă raportul este anexat, marcați căsuța.

**CAPITOLUL 9: FORMULAR PRIVIND CEREREA REFERITOARE LA ACORDAREA PRESTAȚIILOR ÎN BANI PENTRU INCAPACITATE DE MUNCĂ RO/CZ 115**

- Articolul 15, paragraful 1 și articolul 22, paragraful 1 din Acord.

- Articolul 7 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular este eliberat de instituția locului de ședere care îl va transmite instituției competente.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1. Instituția competentă**

**1.1. Denumire**

**1.2. Adresa**

**2. Persoana asigurată**

**2.1. Nume**

**2.2. Prenume**

**2.3. Data nașterii**

**2.4. Adresa în țara instituției competente**

**2.5. Adresa în țara de ședere**

**2.6. Codul asiguratului:**

în România (codul numeric personal)

în Republica Cehă (codul numeric personal)

**3. Angajatorul**

**3.1. Denumirea firmei sau numele angajatorului**

**3.2. Adresa**

**A)  Cerere pentru acordarea de prestații**

**4. Persoana desemnată în caseta nr. 2 solicită în data de ..... acordarea de prestații în bani pentru incapacitate de muncă ca urmare a:**

**4.1.**

bolii

accidentului survenit la data de .....

maternității (data presupusă a nașterii)

accidentului de muncă

bolii profesionale

**5. Certificatul medicului curant  este anexat  nu a putut fi transmis**

**6. Ca urmare a opiniei medicului coordonator**

al cărui raport este anexat,

al cărui raport va fi expediat cât mai curând

**6.1.  Incapacitatea de muncă a început la data de ..... și se va prelunge probabil până la data de ..... (termen stabilit de medicul care a emis certificatul referitor la incapacitatea de muncă) .....**

**6.2.  nu se confirmă incapacitatea de muncă (se va anexa o copie a formularului RO/CZ 118 adresat persoanei avute în vedere)**

**7.  Persoana interesată nu s-a conformat dispozițiilor legislației noastre, și în special**

**B)  Prolungirea perioadei de incapacitate de muncă**

**8. Ca urmare a**

**8.1.  formularului nostru RO/CZ 115 din data .....**

**8.2. Vă facem cunoscut faptul că, potrivit deciziei medicului coordonator menționat în certificatul privind perioada de incapacitate de muncă**

al cărui raport îl aveți anexat,

al cărui raport vă va fi transmis cât mai curând,

persoana nominalizată în caseta nr. 2. va fi în incapacitate de muncă probabil până la data de .....

**9. Instituția locului de ședere**

**9.1. Denumire**

**9.2. Adresa**

**9.3. Șampila**

**9.4. Data**

**9.5. Semnătura**

## **CAPITOLUL 10: FORMULAR PRIVIND NOTIFICAREA ASUPRA NERECUNOAȘTERII SAU ÎNCETĂRII INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

RO/CZ 118

- Articolul 15 paragraful 1 și articolul 22 paragraful 1 din Acord

- Articolul 7 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă sau instituția locului de ședere completează două exemplare, dintre care unul va fi adresat persoanei asigurate, celălalt instituției de asigurare pentru boală și maternitate sau de asigurare împotriva accidentelor de muncă și a bolilor profesionale din țara de ședere sau cea a Părții Contractante competente

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.** Persoana asigurată

**1.1.** Nume

**1.2.** Prenume

**1.3.** Data nașterii

**1.4.** Adresa

**1.5.** Codul asiguratului:

în România (codul numeric personal)

în Republica Cehă (codul numeric personal)

**2.**  Instituția competentă  Instituția locului de ședere

**2.1.** Denumire

**2.2.** Adresa

**3.** \_\_\_\_\_

Din informațiile care mi s-au adus la cunoștință,

În urma controlului medical efectuat la data de .....

a rezultat că .....

**3.1.**  nu vă aflați în incapacitate de muncă

**3.2.**  perioada de incapacitate de muncă s-a terminat la data de .....

**3.3.**  Ultima zi de plată a indemnizației pentru incapacitate de muncă este

**3.4.**  Instituția competentă va decide asupra ultimei zile de plată a indemnizației pentru incapacitate de muncă

**3.5.** Nu aveți dreptul la plata indemnizației pentru incapacitate de muncă, deoarece

**4.**  Instituția locului de ședere  Instituția competentă

**4.1.** Denumire

**4.2.** Adresa

**4.3.** Șampila

**4.4.** Data

**4.5.** Semnătura

## **CAPITOLUL 11: FORMULAR PRIVIND EVIDENȚA COSTURILOR EFECTIVE INDIVIDUALE**

RO/CZ 125

- Articolul 17 din Acord

- Articolul 6 din Aranjamentul Administrativ

Instituția locului de ședere va completa formularul și-l va trimite instituției competente.

Se va completa un formular separat pentru fiecare beneficiar de prestații.

**1.** \_\_\_\_\_

Nr. curent	<input type="checkbox"/> trimestrul 1	<input type="checkbox"/> trimestrul 2	<input type="checkbox"/> trimestrul 3	<input type="checkbox"/> trimestrul 4 200_

## 2. Instituția competentă

2.1. Numele

2.2. Adresa

3. Persoana asigurată

3.1. Numele de familie

3.2. Prenumele

3.3. Data nașterii

3.4. Adresa

Adresa din statul instituției competente

3.5. Codul Numeric Personal al asiguratului

4. Persoana menționată la pct. 3 a primit prestații în natură în baza formularului ..... din ..... care a fost emis de instituția dvs.

5. Costuri efective

				5.1. Suma
5.2.	Prestații în natură	de la .....	la .....	.....
5.3.	Tratament medical			.....
5.4.	Tratament stomatologic			.....
5.5.	Medicamente			.....
5.6.	Spitalizare	de la .....	la .....	.....
5.7.	Alte prestații .....	de la .....	la .....	.....
5.8.	Total prestații în natură			.....

6. Instituția locului de ședere

6.1. Numele

6.2. Adresa

6.3. Șampila

6.4. Data

6.5. Semnătura

## **CAPITOLUL 12: FORMULAR PRIVIND TARIFELE PENTRU RAMBURSAREA PRESTAȚIILOR ÎN NATURĂ**

RO/CZ 126

- Articolul 15 din Acord

- Articolul 5 alineat 4 din Aranjamentul Administrativ

Instituția competentă va completa formularul și-l va trimite instituției locului de ședere. Dacă instituția nu este cunoscută, formularul va fi trimis organismului de legătură din țara contractantă.

**A) Cerere**

1. Instituția căreia îi este adresat formularul

1.1. Numele

1.2. Adresa

2. Persoana asigurată

2.1. Numele de familie

2.2. Prenumele

2.3. Data nașterii

2.4. Adresa

2.5. Codul Numeric Personal al asiguratului

3. Persoana menționată anterior în timpul șederii în ..... (orașul) și-a achitat singură prestațiile în natură

4. Vă rugăm indicați pe chitanțe anexate, separat pentru fiecare prestație, suma care trebuie rambursată persoanei interesate, pe baza tarifelor practicate de instituția locului de ședere.

5. Chitanțe anexate

**6.**Instituția competentă

**6.1.**Numele

**6.2.**Adresa

**6.3.**Șampila

**6.4.**Data

**6.5.**Semnătura

**B)**Răspuns

**7.**Sunt anexate ..... chitanțe, în care sunt menționate tarifele cerute.

**8.**Suma care urmează a fi rambursată este în total .....

**9.** Nu există dreptul pentru nici o rambursare  
motivul:

**10.**Instituția locului de ședere

**10.1.**Numele

**10.2.**Adresa

**10.3.**Șampila

**10.4.**Data

**10.5.**Semnătura

### **CAPITOLUL 13: FORMULAR PRIVIND CEREREA DE PENSIE PENTRU LIMITĂ DE VÂRSTĂ**

RO/CZ 202

- Articolul 18 și Articolul 20 din Acord

- Articolul 8 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular trebuie să fie completat de instituția competentă a locului de ședere a solicitantului. Dacă solicitantul a fost supus legislației Părții Contractante a locului de ședere, formularul RO/CZ 205 Confirmarea stagiului de cotizare, trebuie să fie anexat obligatoriu prezentei cereri. Se pot, de asemenea, anexa orice documente care au legătură cu activitatea desfășurată de solicitant pe teritoriul celeilalte Părți Contractante.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.**Instituția care instrumentează cererea (instituția competentă sau organul de legătură)

**1.1.**Denumire

**1.2.**Adresa

**A)**Informații referitoare la solicitant

**2.**

**2.1.**Nume ..... Numele purtat anterior .....

**2.2.**Prenume

**2.3.**Data nașterii ..... Locul nașterii .....

**2.4.**Starea civilă

celibatar/ă  căsătorit/ă  divorțat/ă  văduv/ă

**2.5.**Adresa

**2.6.**Cod asigurat:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă (cod numeric personal)

**2.7.**Ultima instituție de asigurări sociale la care solicitantul a fost asigurat

în România

în Republica Cehă

**3.**Identificarea bancară

**3.1.**Numele și prenumele titularului

**3.2.**Denumirea băncii

**3.3.**Adresa băncii

**3.4.**Codul bancar

**3.5.**Contul bancar

**4.**\_

**4.1.** Solicitantul desfășoară o activitate profesională:  salarială  independentă

**4.2.** Solicitantul nu mai desfășoară o activitate profesională  salarială  independentă

de la data .....

**5.**Solicitantul

	A solicitat acordarea prestațiilor următoare	Beneficiază de prestațiile următoare
5.1. Indemnizație de boală pe timpul perioadei de incapacitate de muncă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Pensie pentru invaliditate totală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Pensie pentru invaliditate parțială	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Pensie pentru limită de vârstă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Pensie de urmaș	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6.**Informații în completare despre prestațiile din caseta 5

6.1. Alte prestații	Perioada sau data acordării
.....	.....
6.2. Instituțiile care plătesc prestațiile/Adresa	.....
.....	.....

**B)**Informații despre membrii familiei solicitantului

**7.**Soț /soție

**7.1.**Nume

**7.2.**Prenume

**7.3.**Data nașterii

**7.4.**Adresa

**8.**Copii

8.1.	Nume și prenume	Data nașterii	Numele și prenumele tatălui	Numele și prenumele mamei	Perioada de îngrijire	
					De la	Până la
	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	.....	.....	
8.2.	Precizați perioadele în care copiii s-au aflat în instituții de ocrotire					

**C)**Informații diverse

**9.**\_

**9.1.**Data înregistrării cererii

**9.2.**Data acordării drepturilor de pensie

**9.3.**Anexăm formularele:  RO/CZ 205  RO/CZ 213  RO/CZ 207

Solicităm formularele:  CZ/RO 205  CZ/RO 213  decizia

**9.4.**Observații

**10.**Instituția care instrumentează cererea

**10.1.**Denumire

**10.2.**Adresa

**10.3.**Ștampila

**10.4.**Data

**10.5.**Semnătura

**CAPITOLUL 14: FORMULAR PRIVIND CEREREA DE PENSIE DE URMAȘ**

RO/CZ 203

- Articolul 18 și 20 din Acord

- Articolul 8 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular trebuie să fie completat de instituția competentă a locului de ședere a solicitantului. Dacă persoana decedată a fost supusă legislației Părții Contractante a locului de ședere, formularul RO/CZ 205 Confirmarea stagiului de cotizare, trebuie să fie anexat obligatoriu prezentei cereri. Se pot, de asemenea, anexa orice documente care au legătură cu activitatea desfășurată de solicitant pe teritoriul celeilalte Părți Contractante.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.** Instituția care instrumentează cererea (instituția competentă sau organul de legătură)

**1.1.** Denumire

**1.2.** Adresa

**A)** Informații referitoare la sușul înătorului decedat

**2.** \_

**2.1.** Nume ..... Numele purtat anterior .....

**2.2.** Prenume

**2.3.** Data nașterii ..... Locul nașterii .....

**2.4.** Starea civilă

celibatar/ă

căsătorit/ă la data de .....

divorțat/ă la data de .....

recăsătorit/ă la data de .....

văduv/ă la data de .....

**2.5.** Adresa

**2.6.** Cod asigurat:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă (cod numeric personal)

**2.7.** Ultima instituție de asigurări sociale la care sușul înătorului decedat a fost asigurat

în România

în Republica Cehă

**3.** \_

**3.1.** Data și locul decesului

**3.2.** Decesul  a survenit  nu a survenit ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale.

**3.3.** La data decesului asiguratul  desfășura  nu desfășura o activitate salarială

**3.4.** Dacă asiguratul desfășura o activitate salarială în momentul decesului, precizați ultima zi efectivă de muncă

**3.5.** În cazul dispariției sușului înătorului:

data la care s-au primit ultimele informații

data prezumată a decesului, stabilită conform dispozițiilor legale

**4.** \_

**4.1.** La data decesului asiguratul

avea/ nu avea dreptul la pensie

**4.2.** Felul pensiei

**4.3.** Număr dosar

**4.4.** Instituția plătitoare:

**B)** Informații referitoare la persoanele îndreptățite să primească pensie

**5.**  Soțul supraviețuitor  Soțul supraviețuitor  Alte persoane îndreptățite\*)

[\*] În cazul Republicii Cehă: copii naturali și adoptați [\*] În cazul României: copii naturali și adoptați

**5.1.** Nume

- 5.2.Prenume  
 5.3.Data nașterii  
 5.4.Adresa  
 5.5.Data căsătoriei cu suș inătorului decedat  
 5.6.Eventual data divorț ului  
 5.7.Eventual data recăsătoririi  
 5.8.Numele și prenumele noului soț  
 5.9.Gradul de rudenie (pentru persoanele îndreptă țite, altele decât soț ul supravieț uitor)  
 6. Identificarea bancară a persoanei nominalizate în caseta 5  
 6.1.Numele și prenumele titularului  
 6.2.Denumirea băncii  
 6.3.Adresa băncii  
 6.4.Codul bancar  
 6.5.Contul bancar  
 7. \_  
 7.1.Persoana nominalizată în caseta 5  
 beneficiază de pensie de la ..... până la .....  
 nu beneficiază de pensie  
 7.2.Felul pensiei  
 7.3.Numărul dosarului de pensie  
 7.4.Instituț ia plătitoare  
 7.5.Soț ul supravieț uitor are în întreț inere un copil  da  nu  
 8.Copii

8.1.	Nume și prenume	Data nașterii	Numele și prenumele tatălui	Numele și prenumele mamei	Perioada de îngrijire	
					De la	Până la
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8.2.	Adresa ..... Observaț ii (se vor preciza perioadele în care copiii s-au aflat în instituț ii de ocrotire)					

**C) Informaț ii diverse**

9. \_  
 9.1.Data depunerii cererii  
 9.2.Data acordării pensiei  
 9.3.Anexăm formularele:  RO/CZ 205  RO/CZ 213  RO/CZ 207  
 Solicităm formularele:  CZ/RO 205  CZ/RO 213  decizia  
 9.4.Observaț ii  
 10.Instituț ia care instrumentează cererea  
 10.1.Denumire  
 10.2.Adresa  
 10.3.Șampila  
 10.4.Data  
 10.5.Semnătura

**CAPITOLUL 15: FORMULAR PRIVIND CEREREA DE PENSIE ÎN CAZ DE INVALIDITATE**

RO/CZ 204

- Articolul 18 și Articolul 20 din Acord
- Articolul 8 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular trebuie să fie completat de instituț ia competentă a locului de ședere a solicitantului. Dacă solicitantul a fost supus legislaț iei de asigurări sociale a Părț ii

Contractante pe teritoriul căreia locuiește, formularul Ro/Cz 205 Confirmarea stagiului de cotizare trebuie să fie anexat obligatoriu acestei cereri. Se poate, de asemenea, anexa orice document care are legătură cu activitatea solicitantului pe teritoriul celeilalte Părți Contractante.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1. Instituția destinatară (instituția competentă sau organul de legătură)**

**1.1. Denumire**

**1.2. Adresa**

**A) Informații referitoare la solicitant**

**2. \_**

**2.1. Nume**

**2.2. Prenume**

**2.3. Data nașterii**

**2.4. Starea civilă**

celibatar/ă

căsătorit/ă

divorțat/ă de la data .....

văduv/ă

**2.5. Adresa**

**2.6. Cod asigurat:**

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă

**2.7. Ultima instituție de asigurări sociale la care solicitantul a fost asigurat:**

**2.8. în România**

**2.9. în Republica Cehă**

**3. Identificarea bancară**

**3.1. Numele și prenumele titularului**

**3.2. Denumirea băncii**

**3.3. Adresa băncii**

**3.4. Codul bancar**

**3.5. Contul bancar**

**4. \_**

**4.1. Data la care a fost fixat începutul invalidității**

**4.2. Solicitantul  efectuează  nu efectuează**

activitate profesională salarială  activitate independentă

**4.3. Data încetării activității  profesionale salariale  activitate independentă**

**4.4. Invaliditate**

a survenit  nu a survenit ca urmare a unui accident de muncă sau boală profesională

**4.5. Instituția de asigurare la care solicitantul a fost asigurat:**

**4.6. în România**

**4.7. în Republica Cehă**

**5. Solicitantul**

	A cerut plata prestațiilor următoare	Beneficiază de prestațiile următoare
5.1. Plata indemnizației de boală pe timpul incapacității de muncă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Pensie pentru invaliditate totală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Pensie pentru invaliditate parțială	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Pensie pentru limită de vârstă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Pensie de urmaș	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5.6. Prestații de șomaj
- 5.7. Altele .....

### 6. Diferite informații în completare despre prestațiile din caseta nr. 5

- |   |                          |               |
|---|--------------------------|---------------|
| 6.1. Alte prestații                     | Perioada sau data plății | Cuantum lunar |
| .....                                   | .....                    | .....         |
| .....                                   | .....                    | .....         |
| 6.2. Instituția care plătește prestația |                          |               |
| Denumire/Adresa                         |                          |               |
| .....                                   | .....                    | .....         |
| .....                                   | .....                    | .....         |

### B) Informații referitoare la membrii familiei solicitantului

#### 7. Soț /soție

##### 7.1. Nume

##### 7.2. Prenume

##### 7.3. Data nașterii

##### 7.4. Adresa

##### 7.5. Data căsătoriei

#### 8. Copii

8.1.	Nume și prenume	Data nașterii	Numele și prenumele tatălui	Numele și prenumele mamei	Perioada de creștere	
					De la	Până la
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8.2.	Se vor preciza perioadele în care copiii s-au aflat în instituții de ocrotire					

### C) Informații diverse

#### 9. \_

##### 9.1. Data înaintării cererii

##### 9.2. Data acordării pensiei

##### 9.3. Formulare anexate: RO/CZ 205 RO/CZ 213 RO/CZ 207

Formulare cerute:

CZ/RO 205  CZ/RO 213  CZ/RO 207

##### 9.4. Observații

##### 9.5. Exactitatea informațiilor de mai sus a fost verificată

#### 10. Instituția competentă

##### 10.1. Denumire

##### 10.2. Adresa

##### 10.3. Șampila

##### 10.4. Data

##### 10.5. Semnătura

## CAPITOLUL 16: FORMULAR PRIVIND CONFIRMAREA STAGIULUI DE COTIZARE

RO/CZ 205

- Articolul 18 și Articolul 20 din Acord

- Articolul 8 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular este completat de instituția care instrumentează cererile referitoare la confirmarea perioadelor de asigurare realizate sub legislația pe care o aplică. Acesta se va anexa la formularele RO/CZ 202, RO/CZ 203 sau RO/CZ 204.

Instituția celeilalte Părți Contractante va adresa instituției competente, prin intermediul unui formular similar, un certificat al stagiului de cotizare realizat de solicitant sub legislația aplicată de această instituție. Acest document poate fi de asemenea folosit când persoana

asigurată care nu locuiește pe teritoriul statului instituției de asigurare dorește doar un certificat referitor la stagiul de cotizare realizat.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.**Instituția de destinație (instituția competentă sau organul de legătură)

**1.1.**Denumire

**1.2.**Adresa

**2.**Persoana asigurată

**2.1.**Nume

**2.2.**Prenume

**2.3.**Data nașterii

**2.4.**Adresa

**2.5.**Cod asigurat:

în România (cod numeric personal)

în Republica Cehă (cod numeric personal)

**3.**Instituția care eliberează formularul

**3.1.**Denumire

**3.2.**Adresa

**3.3.**Șampila

**3.4.**Data

**3.5.**Semnătura

**4.**\_

Perioadele de asigurare și perioadele asimilate*					Durata timpului de lucru	Profesia	Condiții de muncă**
De la	până la	AA	LL	ZZ			

[\* Se va preciza perioada efectivă sau perioada asimilată

\*\* Activitatea s-a desfășurat în condiții deosebite de muncă (aviație, minerit în subteran ș.a.)]

**4.1.**Durata totală de asigurare sub regimul de securitate socială AALLZZ

din România

din Republica Cehă

**4.2.**Observații

**4.3.**Asiguratul care dovedește o perioadă de asigurare mai mică de un an

poate beneficia  nu poate beneficia

de o pensie conform legislației naționale de asigurări sociale, potrivit Art. 20 din Acord

## **CAPITOLUL 17: FORMULAR/ADEVERINȚA REFERITOARE LA ISTORICUL ASIGURĂRII PERSONALE**

RO/CZ 207

- Articolul 18 și Articolul 20 din Acord

- Articolul 8 din Aranjamentul Administrativ

Acest formular va fi completat de instituția care instrumentează cererea. Acesta va însoți formularele RO/CZ 202, RO/CZ 203 și RO/CZ 204. Informațiile din caseta nr. 4 vor fi completate de către solicitant și vor fi expediate instituției respective.

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.**Instituția (Instituția competentă sau organul de legătură)

**1.1.**Denumire

- 1.2.**Adresa  
**2.**Persoana asigurată  
**2.1.**Numele de familie ..... Numele purtat anterior .....  
**2.2.**Prenume  
**2.3.**Data nașterii ..... Locul nașterii .....  
**2.4.**Adresa de domiciliu  
**2.5.**Codul asiguratului:  
în România (codul numeric personal)  
în Republica Cehă (codul numeric personal)  
**3.**Instituția care completează formularul;  
**3.1.**Denumire  
**3.2.**Adresa  
**3.3.**Șampila  
**3.4.**Data  
**3.5.**Semnătura  
**4.**\_

	Perioada		Numele și adresa angajatorului sau tipul activității pe care persoana a desfășurat-o ca lucrător independent	Localitatea și țara unde și-a desfășurat activitatea	(a) Instituția de asigurare (b) Codul asiguratului
	De la	Până la			
	1	2			
			3	4	5
1					(a) ..... (b) .....
2					(a) ..... (b) .....
3					(a) ..... (b) .....
4					(a) ..... (b) .....
5					(a) ..... (b) .....
6					(a) ..... (b) .....

Data .....

Semnătura .....

## **CAPITOLUL 18: FORMULAR PRIVIND RAPORTUL MEDICAL**

RO/CZ 213

- Articolul 27 alineat 4 din Acord
- Articolul 14 din Aranjamentul Administrativ

Numărul dosarului:

în România

în Republica Cehă

**1.**Instituția de destinație

**1.1.**Denumire

**1.2.**Adresa

**2.**Persoana supusă expertizării

**2.1.**Nume

**2.2.**Prenume

**2.3.**Data nașterii

**2.4.**Adresa

**2.5.**Cod asigurat:

în România

în Republica Cehă

**2.6.**Ultima profesie avută

- 2.7. Numărul deciziei de pensie
- 2.8. Data depunerii cererii de pensie
- 3. Obiectul examinării:
  - 3.1. ....
- 4. Raport întocmit de medic
  - 4.1. Nume
  - 4.2. Prenume
  - 4.3. Adresa
  - 4.4. Medic coordonator (denumirea instituției)
- 5. Instituția care solicită examinarea
  - 5.1. Denumire
  - 5.2. Adresa
  - 5.3. Șampila
  - 5.4. Data
  - 5.5. Semnătura
- 6. Avizare bazată pe examinare practică
  - Data
  - Avizare bazată pe raport medical
    - Data
- 7. Antecedente
- 8. Afecțiuni - anamneză
- 9. Tratament
- 10. EXAMINARE
  - 10.1. Stare generală
    - înălțime .....
    - greutate .....
    - temperatură ..... aspect general .....
    - constituție .....
    - atitudine .....
    - mers .....
    - mișcări .....
    - musculatură .....
    - culoarea mucoaselor .....
    - starea de nutriție .....
    - facies .....
    - starea psihică - dispoziția .....
    - starea cavității bucale .....
  - 10.2. Organele de simț
    - auz .....
    - văz .....
    - miros .....
  - Diferite organe:
    - 10.3. Aparatul respirator
    - 10.4. Aparatul cardio-vascular
      - a) Puls .....
      - b) Tensiune arterială .....
    - 10.5. Aparatul digestiv
      - a) Ficat .....
      - b) Splină .....
    - 10.6. Aparatul locomotor

**10.7.**Organele genito-urinare

**10.8.**Sistemul nervos

**10.9.**Examene de laborator

**10.10.**Alte examinări

**a)**examene radiologice

**b)**EKG

**c)**ecografie (cardiacă, abdominală, Doppler)

**d)**explorări funcționale respiratorii

**e)**examene de laborator

**f)**altele .....

**11.**Persoana în cauză a suferit un accident sau suferă de o afecțiune menționată în legislația referitoare la accidente de muncă și boli profesionale?

da  nu

Dacă da, ce fel de accident sau afecțiune? .....

În ce măsură este recunoscută incapacitatea de muncă .....

**12.**Alte date .....

Diagnostic 1 ..... codul de 4 cifre al MKN(CIM), a 10 a revizuire .....

Diagnostic 2 ..... codul de 4 cifre al MKN(CIM), a 10 a revizuire .....

Diagnostic 3 ..... codul de 4 cifre al MKN(CIM), a 10 a revizuire .....

**13.**Data încetării activității

**14.**Debutul invalidității actuale:

**15.**În caz de accident, care este data stabilizării stării de sănătate după rănire:

**16.**Starea subiectului este stabilizată?  da  nu

**17.**Care este terapia indicată: .....

Subiectul o acceptă?  da  nu

**18.**Continuarea acordării îngrijirilor medicale este susceptibilă

- să antreneze o ameliorare a stării subiectului?  da  nu

- să-i permită o vindecare?  da  nu

**19.**În ce măsură este recunoscută incapacitatea subiectului de a mai lucra la ultimul loc de muncă?

**20.**În ce măsură, este recunoscută incapacitatea subiectului de a lucra

în subteran săpat?

în exploatare de suprafață?

la înălțime?

ridicare/purtare de greutate?

condiții ambientale?

- temperatură da   nu

- spații închise da   nu

- în aer liber da   nu

- zgomot da   nu

- noxe chimice da   nu

- regim de muncă (la bandă, ritm liber) da   nu

**21.**Subiectul se află în situația absolută de a-și întrerupe activitatea în subteran?  da  nu

**22.**Este apt de a exercita o altă muncă?  da  nu

**23.**Este apt de a se recalifica?  da  nu

**24.**Invaliditatea care afectează subiectul îl face incapabil de a practica o profesie oarecare?  da  nu

da  nu

**25.**În ce măsură subiectul este incapabil de a exercita orice altă activitate, luând în considerație capacitatea sa?

26. Poate lucra cu program normal/program redus (cât?)  
 27. Subiectul este în imposibilitatea absolută de a se deplasa?  da  nu  
 28. Este obligat să apeleze la ajutorul altei persoane pentru a efectua activități zilnice  da  nu  
 29. Incapacitatea sa de muncă este temporară?  da  nu  
 Când trebuie reexaminat subiectul?

30. Data examenului medical:  
 Semnătura și parafa medicului:

## **CAPITOLUL 19: FORMULAR PRIVIND CERTIFICAREA PERIOADELOR DE ASIGURARE PENTRU AJUTOARE DE ȘOMAJ**

RO/CZ 301

- Art. 25 din Acord
- Art. 11 din Aranjamentul Administrativ

### **A) SOLICITARE DE CERTIFICARE**

1. Instituția care înaintează cererea

1.1. Denumire

1.2. Adresă

2. Datele de identificare ale angajatului

2.1. Nume ..... Numele de la naștere<sup>1</sup> .....

(<sup>1</sup> Pentru cetățeni din Republica Cehă)

2.2. Prenume

2.3. Data nașterii

2.4. Cetățenia

2.5. Adresa

2.6. Număr de identificare/CNP

în România

în Republica Cehă

2.7. Data înaintării cererii privind acordarea prestațiilor

3. Persoana menționată în caseta 2 declară că în Republica Cehă a desfășurat activitate

salariată  nesalariată

3.1. Prenumele și numele, denumirea sau firma ultimului angajator

Ultima activitate independentă (nesalariată)

Adresa ultimului angajator/unde s-a desfășurat activitatea nesalariată

3.2. Angajatorii anteriori

Activitatea nesalariată anterioară

3.3. Pentru ca să putem da curs cererii înaintate de persoana menționată în caseta 2 vă solicităm să ne comunicați următoarele informații:

perioada de asigurare

de la ..... la .....

4. Instituția competentă

4.1. Denumire

4.2. Adresă

4.3. Șampilă

4.4. Dată

4.5. Semnătură

### **B) CERTIFICAREA PERIOADELOR DE ASIGURARE**

5. Certificăm că persoana menționată la caseta 2

5.1. <input type="checkbox"/> începând cu data menționată în caseta 3.3 a desfășurat următoarele activități în următoarele perioade:	tip de activitate*	angajator
de		la

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

\* A = salariată B = nesalariată

**6.**Instituția care emită certificarea

**6.1.**Denumire

**6.2.**Adresa

**6.3.**Șampila

**6.4.**Data

**6.5.**Semnătură

**Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 63 din data de 19 ianuarie 2005**