DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

referitoare la calitatea de asigurat pentru asigurările sociale de sănătate, în cazul pensionarilor sistemului public de pensii din România care au <u>REŞEDINŢA</u> în alte state cu care România aplică instrumente juridice cu caracter internaţional în domeniul securităţii sociale cu prevederi pentru asigurările de boală - maternitate

1. Subsemnatul(a), ……, codul numeric personal …… , având reședința în localitatea ....., cod ....., str. ..... nr. ....., ap. ....., județul ....., țara ....., posesor(posesoare) al(a) actului de identitate (carte de identitate, pașaport etc.) seria ..... nr…....., eliberat de ..... la data de ....., născut(ă) la data de ..... în localitatea/județul/tara....., fiul (fiica) lui..... și al(a) .....,

declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal al României pentru declarații neadevărate, că:

[ ] sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat ..... (a se indica statul respectiv)*

[ ] nu sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat*

2. Anexez la prezenta declarație următorul document/următoarele documente din care rezultă calitatea de asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în ..... (se va indica statul):

a) .....;

b) .....;

c) .....;

3. Având în vedere că sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat .....(a se indica statul respectiv),

[ ] solicit*

[ ] nu solicit* exceptarea de la plata contribuției lunare pentru asigurările sociale de sănătate în România.

4. Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile calendaristice, casa de asigurări de sănătate competentă din România cu privire la orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, în caz contrar fiind pe deplin responsabil de consecințele inacțiunii mele.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data .....

Semnătura,

.....

* Se va bifa obligatoriu căsuța corespunzătoare.

DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

în vederea reglementării statutului de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate în cazul pensionarilor sistemului public de pensii din România cu DOMICILIUL declarat pe teritoriul altui stat

1. Subsemnatul(a), ..., codul numeric personal ....., având reședința în localitatea ....., cod ....., str. ..... nr. ....., ap. ....., județul ....., țara ....., posesor(posesoare) al(a) actului de identitate (carte de identitate, pașaport etc.) ..... seria..... nr. ....., eliberat de ….. la data de ....., născut(ă) la data de ..... în localitatea/județul/tara. ....., fiul (fiica) lui ..... și al(a) .....,

declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal al României pentru declarații neadevărate, că nu am domiciliul pe teritoriul României.

2. Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile calendaristice, casa de asigurări de sănătate competentă din România cu privire la orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, în caz contrar fiind pe deplin responsabil de consecințele inacțiunii mele.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data .....

Semnătura,
.....

* Se completează de către titularul drepturilor de pensie cuvenite din sistemul public de pensii din România cu domiciliul declarat într-un stat cu care România nu aplică niciun instrument juridic cu caracter internațional în domeniul securității sociale cu prevederi pentru asigurarea de boală - maternitate.