



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  Continuu să desfășor 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  Nu mai desfășor activități profesionale  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 ca funcționar public<sup>(22a)</sup>  
de la data de .....
- 7.3  Intenționez să încetez desfășurarea unei activități  ca lucrător salariat  ca lucrător independent  
 ca funcționar public<sup>(22a)</sup>  
de la data de .....
- 7.4  Intenționez să desfășor o activitate<sup>(24)</sup>  ca lucrător salariat  
 ca funcționar public<sup>(22a)</sup>  
 activitate independentă (a se preciza natura activității):
- 7.5 Cuantumul  salariului  venitului profesional  altor venituri (25)
- 7.6 Natura celorlalte venituri : .....
- 7.7  Declar că nu are nici un venit<sup>(26)</sup>

8

- | 8.1 Subsemnatul                                                                                                                                    | am solicitat prestațiile<br>următoare | beneficiez de<br>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.....                                                                                                                                             |                                       |                                        |

formații complementare cu privire la prestațiile menționate la punctele 8.3 - 8.10.

Prestații	Număr de referință al dosarului	Perioadă sau dată de acordare	Cuquantum
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

**9** 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)

- 9.1 Solicitantul <sup>(33)</sup>  mă declar inapt de muncă (a se vedea documentarul medical anexat)
- mă declar apt de muncă
- 9.2 Solicitantul <sup>(33) (34)</sup>  declar că am nevoie de asistența permanentă a unei terțe persoane pentru a realiza una dintre activitățile obișnuite ale vieții cotidiene (a se vedea documentarul medical anexat)
- declar că nu am nevoie de asistența permanentă a unei terțe persoane pentru a realiza una dintre activitățile obișnuite ale vieții cotidiene
- declar că mi-a fost afectată capacitatea funcțională de o boală sau de un accident, care mă împiedică să realizez singur activitățile obișnuite ale vieții cotidiene sau care îmi impune un efort financiar pe termen lung <sup>(28)</sup>
- 9.3 Solicitantul <sup>(33)</sup>  declar că nu am suficiente mijloace de existență

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

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

- 10.1 Nume <sup>(5)</sup> .....
- 10.2 Prenume <sup>(6)</sup> ..... Nume purtate anterior <sup>(7)</sup> .....
- 10.3 Data nașterii : ..... Locul nașterii <sup>(18)</sup> : .....
- 10.4 Cetățenie <sup>(15) (16)</sup> : .....
- 10.5 Adresa <sup>(3)</sup> : .....
- 10.6 Număr de asigurare <sup>(2) (14)</sup> : .....

10.7 Data căsătoriei /începerii conviețuirii :  
.....

Subsemnatul conviețuiesc în aceeași gospodărie cu soțul sau partenerul?

da de la data de .....

nu nu mai conviețuiesc de la data de.....

10.8 Soțul/partenerul  desfășoară  nu desfășoară o activitate profesională

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

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

10.11 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

În caz afirmativ, indicați

10.12 Tipul pensiei <sup>(38)</sup> : .....

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

10.14 Instituția responsabilă cu plata acesteia:  
.....  
.....

10.15 cuantum  lunar  trimestrial  anual  săptămânal .....

10.16 Soțul/partenerul  beneficiază  nu beneficiază de alte prestații <sup>(39)</sup>  
 șomaj  boală  invaliditate  altele

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

10.18 Cuanum  lunar  trimestrial  anual  săptămânal .....

10.19 Alte resurse cunoscute :  
Tipul: .....  
Cuanum <sup>(40)</sup> : .....

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

11.1	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.	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

**C. Informații diverse**

**12**

Solicit 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

**13** Solicitantul       am cerut       nu am 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.....

**14**

14.1 Documente anexate în sprijinul cererii de \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

**15** Date despre persoana care completează formularul RO 202

15.1 Nume și prenume : .....

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

.....

15.3 Semnătura .....      15.4 Data .....