## PARTEA B\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Se completează de către titularul drepturilor de pensie cuvenite din sistemul public de pensii din România.

#### 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 reședința 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. ........., bl. ......., sc. ......, et. ......, ap. ........, judeţul/provincia/departamentul/regiunea .........................., ţara ......................, posesor(posesoare) al(a) actului de identitate (carte de identitate, paşaport etc.) .......... seria .................... nr. ..................., eliberat de ....................... la data de ....................., născut(ă) la data de ........................ în localitatea/judeţul/provincia/departamentul/regiunea ..................................., fiul (fiica) lui .......................... şi al(a) .........................................................................,

declar pe propria răspundere, sub sancţiunile prevăzute de Codul penal al României pentru declaraţii 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 declaraţie 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 contribuţiei lunare pentru asigurările sociale de sănătate în România.

4. Mă oblig a anunţa, 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 consecinţele inacţiunii mele.

Am completat şi am citit cu atenţie conţinutul declaraţiei de mai sus, după care am semnat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Data ......................... | Semnătura,...................... |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Se va bifa obligatoriu căsuţa corespunzătoare.