

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui	Cod de identificare fiscală						
Prenume					Pașaport /Carte de identitate						
					Seria Nr.						
Strada				Număr	Banca						
					Cont bancar (IBAN)						
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector							
Localitate				Cod poștal							
				Fax						E-mail	
Țara											

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire				Cod de identificare fiscală						
Strada				Număr	Bloc	Scară	Etaj	Ap.		
Județ/Sector		Localitate			Cod poștal					
Nr /data act imputernicire		Telefon			E-mail					
		Fax								

III. DATE PRIVIND EXCEPTAREA DE LA PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar pe propria răspundere că dețin o asigurare pentru boală și maternitate în sistemul de securitate socială din alt stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European și Confederației Elvețiene sau în statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate, în temeiul legislației interne a statelor respective, care produce efecte pe teritoriul României, și mă încadrez în categoria:

- cetățeni români cu domiciliul în țară;
- cetățeni străini și apatrizi care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România;
- cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene care au solicitat și au obținut dreptul de a sta în România pentru o perioadă de peste 3 luni;
- persoane din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână.
- pensionari din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate.

Anexez la prezenta următoarele documente justificative eliberate de instituția competentă din statul în care a fost încheiată asigurarea:

.....
.....

care atestă calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în statul de reședință/alt stat

începând cu data de □□/□□/□□□□ până la data de □□/□□/□□□□

Având în vedere că sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat....., solicit exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile pentru care se datorează contribuția menționată, potrivit legii, începând cu data de (zi/lună/an).....

Prin prezenta mă oblig să anunț, în termen de 15 zile calendaristice, organul fiscal competent cu privire la orice schimbare care va surveni în cele declarate mai sus.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar că datele din această declarație sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data:

Durata de completare a prezentului formular este de aproximativ 6 minute.

Număr de operator de date cu caracter personal 759

