

ACORD ÎNTRE REPUBLICA MOLDOVA ȘI ROMÂNIA ÎN DOMENIUL SECURITĂȚII SOCIALE

CERERE PENTRU PENSIA PENTRU LIMITĂ DE VÂRSTĂ ANTICIPATĂ/ ANTICIPATĂ PARȚIALĂ

Articolele de la 20 la 23 din Acord

Articolele de la 13 la 18 din Aranjamentul administrativ

Acest formular trebuie să fie completat cu majuscule sau dactilografiat, utilizând doar spațiile punctate.

Cuprinde 4 pagini; niciuna dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține informații relevante

Partea A a acestui formular se completează de către solicitantul care are domiciliul pe teritoriul României pentru a fi transmis instituției competente moldave. Solicitantul va completa și formularul RO/MD 207 „Declarație privind cariera asiguratului”, care va fi anexat prezentei solicitări. Instituția competentă română va verifica exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular, va completa Partea B a acestui formular, la care va anexa formularul RO/MD 205 „Certificat privind perioadele de asigurare”, precum și toate documentele care privesc perioadele de asigurare realizate pe teritoriul Republicii Moldova.

PARTEA A

1	Instituția destinată
1.1	Denumire: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE A REPUBLICII MOLDOVA
1.2	Adresă: STR. GHEORGHE TUȘOR NR. 3, MD 2028, CHIȘINĂU - REPUBLICA MOLDOVA

Subsemnatul

2	Cu următoarele date de identificare personală	
2.1	Numele:	
2.2	Prenumele:	
2.3	Numele de familie la naștere	
2.4	Numele și/sau prenumele anterioare:	
2.5	Sex: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin	
2.6	Data nașterii: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	2.7 Locul nașterii: (localitatea, județul/raionul, țara)
2.8	Adresa:	
2.9	Cod personal de asigurări sociale (CPAS) / număr de identificare în Republica Moldova (IDNP).....	
2.10	Cod Numeric Personal în România (CNP):.....	
2.11	Ultimul loc de asigurare (angajare) din România (localitatea, județul/raionul)	

3	Solicit transferul bancar al drepturilor ce mi se cuvin din cadrul sistemului public de pensii în <input type="checkbox"/> EURO <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP, detaliile bancare necesare efectuării transferului bancar fiind următoarele:
---	---

	<input type="checkbox"/> alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate	
5.2	<input type="checkbox"/> Optez ca data acordării de către instituția competentă din Republica Moldova a drepturilor de pensie să fie *: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	
	*se va completa numai în cazul în care solicitantul dorește înscrierea la drepturi de pensie pentru limită de vârstă la o dată ulterioară celei la care îndeplinește condițiile prevăzute de legislația în vigoare din Republica Moldova	
5.3	Solicit ca plata să se efectueze:	
	<input type="checkbox"/> direct în România	<input type="checkbox"/> către un reprezentant legal din Republica Moldova
5.4	Observații:	

* În cazul în care se optează pentru efectuarea plății drepturilor de pensie către un reprezentant legal, este necesar să se anexeze documentele care atestă acest statut, precum și datele de identificare ale acestuia, precum: nume, prenume; sex; data și locul nașterii; adresa permanentă; cod numeric personal în România și/sau număr personal de identificare în Republica Moldova, după caz.

6	Declar pe propria răspundere că în Republica Moldova:	
6.1	<input type="checkbox"/> dețin <input type="checkbox"/> nu dețin <input type="checkbox"/> am deținut <input type="checkbox"/> nu am deținut	cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române
6.2	<input type="checkbox"/> primesc din Republica Moldova	<input type="checkbox"/> o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. <input type="checkbox"/> pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii – dosar nr.: <input type="checkbox"/> pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii – dosar nr.: <input type="checkbox"/> indemnizație - dosar nr.: <input type="checkbox"/> indemnizație de șomaj <input type="checkbox"/> indemnizație acordată persoanelor cu handicap
6.3	Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, instituției competente din România, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, pentru ca această instituție să poată transmite informațiile respective instituției competente din Republica Moldova.	
6.4	În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restituie integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.	
6.5	Declar că, potrivit cunoștințelor mele, informațiile furnizate în această cerere sunt adevărate și complete. Sunt de acord ca cele două instituții de securitate socială din statele care sunt părți contractante în acest Acord să-și furnizeze reciproc toate informațiile și datele pe care le dețin relevante sau care ar putea fi relevante în soluționarea acestei cereri de prestații.	
6.6	Am citit și completat cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat	
6.7	Semnătura solicitantului sau reprezentantului legal:	6.8 Data completării _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul

PARTEA B

7	Informații diverse
7.1	Numărul de referință al dosarului: în Republica Moldova: în România:
7.2	Data introducerii prezentei cereri: _____ / _____ / _____

	ziua / luna / anul
7.3	Data acordării pensiei de către instituția competentă română: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul
7.4	Formulare anexate: <input type="checkbox"/> RO / MD 001 <input type="checkbox"/> RO / MD 205 <input type="checkbox"/> RO / MD 207 <input type="checkbox"/> RO / MD 210 <input type="checkbox"/> RO / MD 213
	Formulare solicitate: <input type="checkbox"/> MD / RO 001 <input type="checkbox"/> MD / RO 205 <input type="checkbox"/> MD / RO 210
	Alte documente:
7.5	Observații:
7.6	Exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular a fost verificată de instituția expeditoare

8	Instituția expeditoare		
8.1	Denumire: CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII BRĂȘOV		
8.2	Adresă: STR. 13 DECEMBRIE NR.43A BRĂȘOV, JUDEȚ BRĂȘOV, ROMANIA		
8.3	Ștampila	8.4	Data _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul
		8.5	Semnătura