



Nr. 43294 / 25.08.2025

ANEXA Nr. 1

PARTEA A*

* Se completează de către casa teritorială de pensii în evidența căreia s-a constituit dosarul de pensie.

NOTIFICARE

Având în vedere Decizia dumneavoastră privind acordarea drepturilor de pensie cuvenite din sistemul public de pensii din România, vă aducem la cunoștință că datorati, potrivit prevederilor legale din România, contribuția lunară pentru asigurările sociale de sănătate.

În vederea reglementării situației dumneavoastră, vă rugăm să completați declarația prevăzută în partea B și să o transmiteți, în cel mai scurt timp posibil, împreună cu eventualele dovezi ale calității de asigurat, casei de asigurări de sănătate competente ale cărei coordonate le regăsiți mai jos**.

Vă informăm că, în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Pensii Publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.285/437/2011 privind reținerea contribuțiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în cazul pensionarilor sistemului public de pensii din România având reședința sau domiciliul declarat pe teritoriul altui stat, până la notificarea de către casa de asigurări de sănătate competentă cu privire la exceptarea dumneavoastră, în baza documentelor pe care urmează să le transmiteți conform paragrafului anterior, de la plata contribuțiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, avem obligația de a vă calcula, de a vă reține și de a vă vira contribuțiile lunare de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevăzute de lege.

Data, 25.08.2025

Director Executiv,
ing. **Mihaela VASIL**



** Declarația se transmite casei de asigurări de sănătate din România, personal, prin reprezentant legal, poștă, e-mail, fax, la următoarele coordonate de contact:

Casa de Asigurări de Sănătate Arad,
str. B-dul Revoluției, nr. 45, Arad, Cod 310181, Romania
Formulare europene
Telefon: +40 257.270.202 / interior 129,
E-mail: casar@casar.ro
Fax : +40 257.270.207

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

DECLARAȚIE 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 internațional în domeniul securității 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., județul/provincia/departamentul/regiunea, 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/provincia/departamentul/regiunea, 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.