

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Adresa poștală / Postanschrift:
97064 Würzburg
GERMANY

Telefon: +49 931 802 0
Fax: +49 931 802 3650
E-mail: info@drv-nordbayern.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
Adresa poștală / Postanschrift:
10704 Berlin
GERMANY

Telefon: +49 30 865 0
Fax: +49 30 865 27240
E-mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Adresa poștală / Postanschrift:
44781 Bochum
GERMANY

Telefon: +49 234 304 0
Fax: +49 234 304-53050
E-mail: rentenversicherung@kbs.de



DE/MD 1

Acord referitor la servicii de protecție socială obligatorie între Republica Federală Germania și Republica Moldova
Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Republik Moldau

Cerere de acordare a unei pensii de asigurări sociale

din Asigurarea de pensie germană
Vă rugăm să respectați explicațiile alăturate la completarea cererii. Vă rugăm să răspundeți cu exactitate la toate întrebările, să bifați variantele corespunzătoare și să atașați toate dovezile necesare.

Antrag auf Versichertenrente aus der Deutschen Rentenversicherung

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrages. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen sie alle notwendigen Nachweise bei.

A	Date despre persoana asigurată	Angaben zum Versicherten
1	Numărul de asigurare german	Deutsche Versicherungsnummer
2	Codul (în cazul în care această informație este disponibilă)	Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Codul Personal de Asigurări Sociale din Republica Moldova (CPAS)	Moldauische Sozialversicherungsnummer
4	Numar de identificare din Republica Moldova (IDNP)	Moldauische Identitätsnummer
5	Numele	Name
6	Prenumele (Subliniați prenumele folosit curent)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
7	Numele la naștere (dacă diferă)	Geburtsname (wenn abweichend)
8	Numele anterioare	Frühere Namen
9	Data nașterii (Vă rugăm să atașați certificatul de naștere sau să solicitați confirmarea în partea J a formularului de cerere)	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
10	Locul nașterii (județ, zonă, țară)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
11	Sexul	Geschlecht
12	Cetățenia(-ile) actuală(-e) (atașați documentul justificativ)	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen)
13	Adresa	Anschrift
14	Numărul de telefon	Telefonnummer
15	Numărul de fax	Telefaxnummer
16	Starea civilă	Familienstand

**B Cererea depusă de o altă persoană
(atașați împuternicirea)**
**Antragstellung durch andere Person
(Vollmacht bitte beifügen)**

1	Numele		Name
2	Prenumele (Subliniați prenumele folosit curent)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
3	Adresa		Anschrift
4	Numărul de telefon		Telefonnummer
5	Numărul de fax		Telefaxnummer

C Tipul prestației solicitate și începutul pensiei
Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn

1	Pensie de vârstă	<input type="checkbox"/>	Altersrente												
2	Pensie în urma diminuării capacității de a-și câștiga traiul (vă rugăm să completați și partea L)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen)												
3	Pensie pentru creșterea copilului pentru persoane divorțate după 30 iunie 1977 care întrețin sau cresc copii	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen												
4	Pensia de vârstă va începe – cât mai devreme posibil cu reducerea pensiei – sau cât mai devreme posibil fără reducerea pensiei – sau în	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Altersrente soll beginnen – zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung – oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung – oder zum												
5	Declar prin prezenta că am renunțat la ocupația(-țile) mea(mele) ca angajat/-ă și/sau ca persoană fizică autorizată – în data de (vă rugăm să atașați adeverința privind renunțarea la angajare sau la activitatea – voi renunța în	<table border="1"> <tr> <td>ziua Tag</td> <td>luna Monat</td> <td>anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>ziua Tag</td> <td>luna Monat</td> <td>anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr				ziua Tag	luna Monat	anul Jahr				Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en) – aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen) – aufgeben werde zum
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr													
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr													
6	Intenționez (în continuare) chiar și după începerea pensiei germane de vârstă să exercit o ocupație sau o activitate independentă. Dacă da, vă rugăm să dați informații suplimentare: – ocupație ca angajat/-ă (inclusiv bani pentru pensia anticipată de la angajator) venituri brute lunare (atașați adeverința angajatorului) – activitate independentă (activitate comercială, muncă independentă, agricultură și silvicultură etc.) venitul lunar impozitat estimat (atașați ultima declarație fiscală sau adeverință din partea consilierului fiscal)	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja <input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja <input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: – abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen) – selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)												
	Sunt de acord ca o sumă de restituit de până la 200 EUR să fie reținută din pensia mea curentă, până la jumătatea acesteia.	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja	Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.												

D Date suplimentare despre persoana asigurată
Ergänzende Angaben zum Versicherten

1	Când ați părăsit Germania?	<table border="1"> <tr> <td>ziua Tag</td> <td>luna Monat</td> <td>anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr				Wann haben Sie Deutschland verlassen?		
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr									
2	Ultimul domiciliu în Germania (localitate, județ, stradă)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)					
3	Codul personal de identificare german în scopuri fiscale (dacă este cunoscut)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)
4	<p>Ați fost persecutat de național-socialism în sensul Legii germane de despăgubire sau persecutat politic în cadrul fostei RDG în sensul Legii de reabilitare profesională?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să specificați:</p> <p>– Autoritatea de despăgubire</p> <p>– Numărul de referință</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			<p>Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Entschädigungsbehörde</p> <p>– Aktenzeichen</p>						
5	Sunteți o persoană deportat/ă sau refugiat/ă în sensul Legii germane privind persoanele deportate? (atașați certificatul de deportat)	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p>	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen)								
6	<p>Sunteți recunoscut ca persoană cu handicap sever conform legii germane? (gradul de handicap de minimum 50; atașați dovada)</p> <p>Considerați că suferiți de incapacitate de muncă sau că dispuneți de o capacitate redusă de muncă?</p> <p>– Dacă da, din</p> <p>Ați încheiat cu angajatorul dumneavoastră înainte de 1 ianuarie 2007 o convenție privind timpul de lucru parțial pe o perioadă de tranziție până la pensionarea definitivă [Altersteilzeit] în Germania? (atașați dovada)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <table border="1"> <tr> <td>ziua Tag</td> <td>luna Monat</td> <td>anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p>	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr				<p>Sind Sie nach deutschen Gesetzen als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Grad der Behinderung von mindestens 50; bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Halten Sie sich für berufs- oder erwerbsunfähig?</p> <p>– Falls ja, seit</p> <p>Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)</p>		
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr									

F Date suplimentare despre istoricul contribuțiilor la asigurare
Weitere Angaben zum Versicherungsleben

(Vă rugăm atașați documente justificative, în cazul în care nu au fost expediate în prealabil)

(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)

1	<p>V-au fost restituite vreodată contribuții din asigurarea de pensie germană?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să specificați:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instituția competentă de asigurare – numărul asigurării, numărul dosarului 	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versicherungsträger – Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	<p>A fost efectuat pentru dumneavoastră un concordat în vederea asigurării întreținerii conform dreptului german?</p> <p>Dacă da:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mai trăiește partenerul dumneavoastră anterior? – Numele și adresa partenerului anterior – Sunteți obligat la plata întreținerii către partenerul dumneavoastră anterior sau i-ați plătit o despăgubire: (atașați titlul sau acordul de întreținere și dovada plății) 	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lebt Ihr früherer Partner noch? – Name und Anschrift des früheren Partners – Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)
3	<p>Ați urmat o pregătire profesională în Germania (chiar și fără absolvire)?</p> <p>Perioada</p> <p>Felul pregătirii profesionale (atașați dovada)</p> <p>eventual data absolvirii (atașați dovada)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p> <p>ziua Tag luna Monat anul Jahr</p>	<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)</p>
4	<p>Ați fost în Germania în incapacitate de muncă pe caz de boală sau ați primit contribuții pentru recuperare medicală, care nu sunt incluse în istoricul asigurării?</p> <p>intervale (atașați documente justificative)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p>	<p>Waren Sie in Deutschland wegen Krankheit arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
5	<p>Ați fost înregistrat ca șomer în Germania și acest interval nu este inclus în istoricul asigurării?</p> <p>intervale (atașați documente justificative)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
6	<p>După încheierea celui de-al 17-lea an de viață ați absolvit o școală, școală profesională, un colegiu tehnic sau o facultate în Germania, Moldova sau în alt stat și această perioadă nu este inclusă în istoricul asigurării?</p> <p>intervale (atașați documente justificative)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, in Moldau oder in einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>

<p>7</p> <p>Între vârsta de 17 și 25 de ani ați fost bolnav minimum o lună calendaristică în Germania, Moldova sau în alt stat și acest interval nu este inclus în istoricul asigurării?</p> <p>intervale (atașați documente justificative)</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja </p> <p>de la/vom până la/bis</p> <hr/> <p>de la/vom până la/bis</p>	<p>Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland , in Moldau oder in einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>																														
<p>8</p> <p>După încheierea celui de-al 16-lea an de viață ați locuit într-una din următoarele țări: Australia, Finlanda, Islanda, Israel, Canada/Quebec, Liechtenstein, Norvegia, Suedia, Elveția sau după cel de-al 15-lea an în Danemarca, Grecia sau Olanda?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja </p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?</p>																														
<p>9</p> <p>Ați fost activ în câmpul muncii și în afara Germaniei?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să dați informații suplimentare. Se vor indica și perioadele în cadrul regimurilor speciale (ex. pentru funcționari/ persoane asimilate acestora, personal UE, independenți, agricultori).</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja </p>	<p>Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig?</p> <p>Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte/ gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>																														
<p>Perioada</p> <p>Perioada</p> <p>Perioada</p> <p>Perioada</p> <p>Perioada</p> <p>Perioada</p>	<table border="1"> <tr> <td>de la/vom</td> <td>până la/bis</td> <td>Țara/Staat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger</td> <td>Numărul de asigurat/Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>de la/vom</td> <td>până la/bis</td> <td>Țara/Staat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger</td> <td>Numărul de asigurat/Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>de la/vom</td> <td>până la/bis</td> <td>Țara/Staat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger</td> <td>Numărul de asigurat/Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>de la/vom</td> <td>până la/bis</td> <td>Țara/Staat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger</td> <td>Numărul de asigurat/Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>de la/vom</td> <td>până la/bis</td> <td>Țara/Staat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger</td> <td>Numărul de asigurat/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	de la/vom	până la/bis	Țara/Staat	Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer	de la/vom	până la/bis	Țara/Staat	Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer	de la/vom	până la/bis	Țara/Staat	Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer	de la/vom	până la/bis	Țara/Staat	Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer	de la/vom	până la/bis	Țara/Staat	Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer	<p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p>
de la/vom	până la/bis	Țara/Staat																														
Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer																														
de la/vom	până la/bis	Țara/Staat																														
Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer																														
de la/vom	până la/bis	Țara/Staat																														
Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer																														
de la/vom	până la/bis	Țara/Staat																														
Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer																														
de la/vom	până la/bis	Țara/Staat																														
Instituția competentă de asigurare/Versicherungsträger		Numărul de asigurat/Versicherungsnummer																														

G Perioadele pentru creșterea copilului, dacă nu au fost solicitate deja în prealabil

(În cazul creșterii copilului în Germania sunt necesare informații suplimentare. Autoritatea germană expediază formularul V800)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt

(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V800)

Au fost crescuți următorii copii:		Folgende Kinder wurden erzogen:	
1	Numele copilului	Name des Kindes	
	Prenumele (Subliniați prenumele folosit curent)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Data nașterii (Vă rugăm să atașați certificatul de naștere sau să solicitați confirmarea în	Ziua Tag	Luna Monat
	Locul nașterii (județ, zonă, țară)	Anul Jahr	
	Ați lucrat în timpul sarcinii și a trebuit să întrerupeți activitatea lucrativă conform termenelor legale de protecție a mamelor?	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja
	Eu am crescut copilul preponderent de la naștere până la încheierea celui de-al 10-lea an de viață al acestuia.	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja
	În următoarea țară / im folgenden Staat	de la / vom	până la / bis
		Ziua Tag	Luna Monat
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr
2	Numele copilului	Name des Kindes	
	Prenumele (Subliniați prenumele folosit curent)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Data nașterii (Vă rugăm să atașați certificatul de naștere sau să solicitați confirmarea în	Ziua Tag	Luna Monat
	Locul nașterii (județ, zonă, țară)	Anul Jahr	
	Ați lucrat în timpul sarcinii și a trebuit să întrerupeți activitatea lucrativă conform termenelor legale de protecție a mamelor?	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja
	Eu am crescut copilul preponderent de la naștere până la încheierea celui de-al 10-lea an de viață al acestuia.	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja
	În următoarea țară / im folgenden Staat	de la / vom	până la / bis
		Ziua Tag	Luna Monat
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr
		Anul Jahr	Ziua Tag
		Luna Monat	Anul Jahr

3	Numele copilului		Name des Kindes
	Prenumele (Subliniați prenumele folosit curent)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
	Data nașterii (Vă rugăm să atașați certificatul de naștere sau să solicitați confirmarea în scrierea în formularul de cerere)	Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
	Locul nașterii (județ, zonă, țară)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	Ați lucrat în timpul sarcinii și a trebuit să întrerupeți activitatea lucrativă conform termenelor legale de protecție a mamelor?	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja de la/vom până la/bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	Eu am crescut copilul preponderent de la naștere până la încheierea celui de-al 10-lea an de viață al acestuia.	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.
	în următoarea țară / im folgenden Staat	de la / vom	până la / bis
		Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr	Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr
		Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr	Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr
		Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr	Ziua Tag Luna Monat Anul Jahr
4	A fost solicitată deja luarea în calcul a perioadelor de timp pentru creșterea copilului pentru acești copii de către o altă persoană ? Dacă da , vă rugăm să specificați: – Nume, prenume – Numărul de asigurare german sau data nașterii	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja ziua Tag luna Monat anul Jahr	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , bitte angeben: – Name, Vorname – Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
5	Dumneavoastră, soțul sau partenerul dvs. legal ați plătit contribuții obligatorii la asigurarea de pensie germană pentru o ocupație/activitate în afara Germaniei imediat înaintea perioadei de creștere a copilului sau în timpul acestei perioade?	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?
6	Imediat înaintea nașterii unuia dintre copiii menționați sau în timpul perioadelor de creștere a copilului enumerate, ați fost membru sau parte din suita civilă a forțelor armate străine în sensul statutului trupelor NATO, a autorităților aliate și forțelor armatei din Germania, inclusiv Berlin (West) sau membru al familiei unui asemenea membru?	<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da ja	Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?

H Date suplimentare privind alte drepturi

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

<p>1 Ați solicitat deja o pensie moldovenească sau o altă pensie străină, primiți sau ați primit o asemenea pensie?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să specificați:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Perioada de încasare – Tipul pensiei – Instituția competentă de asigurare (nume și adresă) – Numărul asigurării sau numărul dosarului 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p>de la/vom _____ până la/bis _____</p>	<p>Haben Sie bereits eine moldauische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zeit des Bezuges – Art der Rente – Versicherungsträger (Name und Anschrift) – Versicherungsnummer oder Aktenzeichen 																
<p>2 Ați solicitat deja o pensie de urmaș de la asigurarea de pensie germană, primiți sau ați primit o asemenea pensie?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să specificați:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Numele și prenumele soțului/partenerului de viață decedat – Data decesului – Instituția competentă de asigurare – Numărul de asigurare sau data nașterii partenerului decedat 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">ziua Tag</td> <td style="width: 25%;">luna Monat</td> <td style="width: 25%;">anul Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">ziua Tag</td> <td style="width: 25%;">luna Monat</td> <td style="width: 25%;">anul Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr						ziua Tag	luna Monat	anul Jahr						<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten/Lebenspartners – Sterbedatum – Versicherungsträger – Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr																
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr																
<p>3 Ați solicitat o prestație din asigurarea contra accidentelor din Moldova, Germania sau din alt stat, sau vi se plătește o pensie în caz de accident sau v-a fost plătită o despăgubire în acest sens?</p> <p>Dacă da, vă rugăm să specificați:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instituția competentă de asigurare și statul (numele și adresa) – Numărul de referință 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p>	<p>Haben Sie eine Leistung aus der moldauischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) – Aktenzeichen 																

I Declarație

Declar că am făcut toate afirmațiile din această cerere cu bună-credință. Îmi este cunoscut faptul că în cazul în care am dat informații false cu bună-știință pot fi urmărit/urmărită penal de către autoritățile din Republica Federală Germania.

Mă oblig să anunț imediat în scris instituția competentă de asigurare după depunerea cererii și aprobarea prestației despre orice modificare a rapoartelor care influențează plata sau pretenția în sine și să restituie sumele plătite în plus instituției competente de asigurare.

Împuternicesc prin prezenta Casa Națională de Asigurări Sociale (CNAS) să ofere instituției competente de asigurare germană toate informațiile cu privire la cetățenia, statutul de apatrid sau statutul de refugiat, istoricul asigurării moldovenești, dreptul la prestații de pensie, precum și valoarea acestora cuprinse în dosar. În măsura în care este necesar pentru prestația solicitată, **împuternicesc** suplimentar CNAS să obțină rapoarte de la medici și spitale pentru instituția competentă de asigurare germană.

Sunt de acord ca toate înscrisurile și documentele justificative prezentate, referitoare la această cerere sau care devin necesare în urma unei hotărâri cu privire la această cerere, să poată fi puse de CNAS la dispoziția instituției competente de asigurare germană, precum și de către instituția competentă de asigurare germană la dispoziția CNAS, pentru a se putea lua o hotărâre privind eligibilitatea prestațiilor.

În măsura în care este necesar pentru prestația solicitată, **sunt de acord** ca toate expertizele medicale sau constatările despre boli, care sunt atașate cererii, sunt cuprinse în dosar sau se întocmesc în timpul procesului de pensie, să poată fi văzute și utilizate de către instituția competentă de asigurare germană sau de către CNAS. În plus, sunt de acord ca medicii curanți, psihologii și instituțiile să ofere acestor instituții competente de asigurare orice informații despre starea mea de sănătate. Acest lucru include și expedierea documentelor medicale existente acolo sau întocmite în timpul procesului de pensie.

Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wesentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Leistung unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ermächtige hiermit Casa Nationala de Asigurari Sociale (CNAS), dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den moldauischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** CNAS zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von CNAS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger dem CNAS zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden, in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder CNAS eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

**Semnătura solicitantului /
Unterschrift des Antragstellers**

Data/Datum

Semnătura/Unterschrift

Vă rugăm să completați și să semnați și **declarația de plată** din partea K!

La cererea pentru **pensia în urma diminuării capacității de a-și câștiga traiul** vă rugăm să completați și partea L!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil K ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil L ausfüllen!



J Confirmare din partea instituției competente de asigurare moldovenești

Bestätigung durch den moldauischen Rentenversicherungsträger

Data depunerii cererii conform articolului 18 aliniatul 1 din acord	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr		Tag der Antragstellung nach Artikel 18 Absatz 1 des Abkommens
Date personale ale solicitantului pensiei (numele, prenumele, data nașterii, precum și cetățenia) sunt confirmate prin: - pașaportul valabil - alte documente (vă rugăm să indicați)	<input type="checkbox"/> nu/nein <input type="checkbox"/> da/ja <input type="checkbox"/> nu/nein <input type="checkbox"/> da/ja				Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)
Datele despre copii din partea G (numele, prenumele, data nașterii) sunt confirmate pe baza documentelor prezentate.	<input type="checkbox"/> nu/nein <input type="checkbox"/> da/ja				Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
Numele autorității					Name des Trägers
Data	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr		Datum
Semnătura					Unterschrift
<ștampila>:					Dienststempel

K	Declarația de plată	Zahlungserklärung
<p>1</p> <p>Contul din Republica Moldova</p> <p>Prestația se va plăti prin virament în contul meu deschis la o bancă din Republica Moldova. <input type="checkbox"/></p> <p>Numele instituției bancare</p> <p>Adresa instituției bancare</p> <p>Localitate, Municipiu/Raion, Cod poștal</p> <p>Număr de cont</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>International Bank Account Number – IBAN</p> <p>– Sunt unic titular al contului de mai sus și unic autorizat de a dispune de acesta. <input type="checkbox"/></p> <p>– Contul de mai sus este un cont comun, al cărui titulari suntem eu și soțul meu/soția mea. (Vă rugăm ca și co-titularul să semneze la finalul părții J) <input type="checkbox"/></p> <p>– Pentru contul de mai sus a fost întocmită o împuternicire pentru cont pe numele</p> <p>Nume și adresă (Vă rugăm ca și împuternicitul pentru cont să semneze la finalul părții J) <input type="checkbox"/></p>	<p>Konto in Moldau</p> <p>Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Moldau gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Ort, Municipia/Raion, Postleitzahl</p> <p>Konto-Nummer</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>International Bank Account Number – IBAN</p> <p>– Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein verfügungsberechtigt.</p> <p>– Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils J unterschreiben lassen)</p> <p>– Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils J unterschreiben lassen)</p>	
<p>2</p> <p>Cont în Germania</p> <p>Prestația se va plăti prin virament în contul meu deschis la o bancă din Republica Federală Germania. <input type="checkbox"/></p> <p>Numele instituției bancare</p> <p>Adresa instituției bancare</p> <p>Numele și adresa titularului contului, dacă diferă de persoana îndreptățită, respectiv a co-titularului contului sau a împuternicitului pentru cont (Vă rugăm ca și co-titularul / împuternicitul pentru cont să semneze la finalul părții J)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>International Bank Account Number – IBAN</p>	<p>Konto in Deutschland</p> <p>Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden. <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber/ Kontobevollmächtigten am Ende des Teils J unterschreiben lassen)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>International Bank Account Number – IBAN</p>	

L Date despre diminuarea capacității de a-și câștiga traiul

Vă rugăm să completați numai la solicitarea pensiei în urma diminuării capacității de a-și câștiga traiul.

În cazul în care dispuneți de documente medicale/rapoarte spitalicești, vă rugăm să le atașați în copie.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen/Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

<p>1 În prezent suferiți de o boală care vă face incapabil de muncă? Dacă da, de când?</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nu ziua Tag</td> <td><input type="checkbox"/> da luna Monat</td> <td><input type="checkbox"/> da anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nu ziua Tag	<input type="checkbox"/> da luna Monat	<input type="checkbox"/> da anul Jahr							<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?</p>													
<input type="checkbox"/> nu ziua Tag	<input type="checkbox"/> da luna Monat	<input type="checkbox"/> da anul Jahr																						
<p>2 De când considerați că dispuneți de o capacitate redusă de muncă?</p>	<table border="1"> <tr> <td>ziua Tag</td> <td>luna Monat</td> <td>anul Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ziua Tag	luna Monat	anul Jahr							<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>													
ziua Tag	luna Monat	anul Jahr																						
<p>3 În acest moment aveți un venit câștigat obținut din – ocupație dependentă (inclusiv bani pentru pensia anticipată de la angajator) venituri brute lunare (atașați adeverința angajatorului)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus – abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p>																				
<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja																							
<p>– activitate independentă (activitate comercială, muncă independentă, agricultură și silvicultură) venitul lunar impozitat estimat (atașați ultima declarație fiscală sau adeverință din partea consilierului fiscal)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja	<p>– selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>																				
<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja																							
<p>4 Aveți în acest moment un venit compensatoriu pe termen scurt obținut ca – prestație legală pentru incapacitate de muncă în urma unei boli, a unui accident, a unei boli profesionale etc. Tipul prestației Perioada de referință Cuantumul venitului lunar brut care a stat la baza prestației legale - baza de calcul (atașați dovada) – prestația legală pentru șomaj, compensație pentru programul de lucru redus, întreruperea muncii pe motiv de intemperii – Prestație legală pentru maternitate Tipul prestației Perioada de referință Cuantumul venitului lunar brut care a stat la baza prestației legale - baza de calcul (atașați dovada) Sunt de acord ca o sumă de restituit de până la 200 EUR să fie reținută din pensia mea curentă, până la jumătatea acesteia.</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">de la/vom</td> <td colspan="2">până la/bis</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">de la/vom</td> <td colspan="2">până la/bis</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> nu nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> da ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja	de la/vom		până la/bis		<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja		<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja		de la/vom		până la/bis		<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja		<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbseinkommen bezogen als – gesetzliche Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen) – gesetzliche Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls – gesetzliche Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag – Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen) Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>
<input type="checkbox"/> nu nein	<input type="checkbox"/> da ja																							
de la/vom		până la/bis																						
<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja																						
<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja																						
de la/vom		până la/bis																						
<input type="checkbox"/> nu nein		<input type="checkbox"/> da ja																						
<p>5 Din cauza căror probleme de sănătate considerați că dispuneți de o capacitate redusă de muncă? (Vă rugăm să atașați constatările și documentele medicale)</p>		<p>Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei)</p>																						

<p>6 Ce munci considerați că mai puteți presta?</p> <p>În ce măsură?</p>	<p>Ore pe zi / Stunden täglich</p>	<p>Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?</p> <p>In welchem Umfang?</p>
<p>7 Ați absolvit cu succes o pregătire profesională, recalificare, altă calificare sau a existat un raport de ucenicie?</p> <p>Începutul și sfârșitul meseriei învățată sau însușită (atașați dovada)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p>de la/vom până la/bis</p>	<p>Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis?</p> <p>Beginn und Ende</p> <p>erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<p>8 Problema de sănătate a fost cauzată de o boală profesională, un accident sau de o altă persoană? Dacă da, vă rugăm să specificați: – Cauza – data accidentului</p> <p>În cazul în care accidentul a fost cauzat de o altă persoană, vă rugăm să indicați numele și adresa persoanei care a cauzat accidentul.</p> <p>Au fost efectuate solicitări de despăgubire? Dacă da, față de cine? (indicați numele și adresa)</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p>ziua Tag luna Monat anul Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p>	<p>Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden? Falls ja, bitte angeben: – die Ursache – den Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p> <p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben)</p>
<p>9 În ultima vreme v-ați aflat sub tratament medical ambulatoriu sau în ultimii ani au fost efectuate investigații medicale? (vă rugăm să anexați documentele medicale) Dacă da, vă rugăm să specificați: – Numele și adresa medicului – Tipul suferinței – Începutul și sfârșitul tratamentului</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p>de la/vom până la/bis</p>	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)</p> <p>Falls ja, bitte angeben: – Name und Anschrift des Arztes – Art der Leiden – Beginn und Ende der Behandlung</p>
<p>10 În ultimii ani v-ați aflat sub tratament staționar în spital? (vă rugăm să anexați documentele medicale) Dacă da, vă rugăm să specificați: – Numele și adresa spitalului – Tipul suferinței – Începutul și sfârșitul tratamentului</p>	<p><input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da nein ja</p> <p>de la/vom până la/bis</p>	<p>Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)</p> <p>Falls ja, bitte angeben: – Name und Anschrift des Krankenhauses – Art der Leiden – Beginn und Ende der Behandlung</p>

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

34105 Kassel

GERMANY

Telefon/Telephone: +49 561 785-0

Fax/Facsimile: +49 561 785-219002

E-Mail: AK-Leistung@svlfg.de



ANEXĂ/ANLAGE

Cerere de acordare a unei pensii de asigurări sociale
din asigurarea pentru pensia de agricultori Alterssicherung der
Landwirte (AdL)

**Vă rugăm să completați această ANEXĂ doar dacă ați
plătit în Germania contribuții la o asigurare de pensii
pentru agricultori (LAK) ca agricultor independent sau ca
soț/soție a unui agricultor independent.**

Antrag auf Versichertenrente
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

**Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als
selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines
selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu
einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt
haben.**

A Datele personale

Angaben zur Person

1	Codul de identificare	2	2	1	/														Identifikationsnummer
2	Date despre soțul/soția solicitantului																		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Numele																		Nachname
4	Prenumele																		Vorname
5	Data nașterii																		Geburtsdatum
6	Locul nașterii																		Geburtsort
7	Cetățenia																		Staatsangehörigkeit
8	eventual data decesului																		ggf. Sterbedatum

B Date despre plata contribuției

Angaben zur Beitragszahlung

1	Dumneavoastră sau soțul/soția ați plătit contribuții la o casă de asigurări de pensie pentru agricultori (LAK)?	Solicitant / Antragsteller	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
		<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da, și anume la: ja, und zwar zur:	
	Numele LAK		Name der LAK
	Numărul de referință		Aktenzeichen
		soț/soție / Ehegatte	
		<input type="checkbox"/> nu nein <input type="checkbox"/> da, și anume la: ja, und zwar zur:	
	Numele LAK		Name der LAK
	Numărul de referință		Aktenzeichen

