|  |  |
| --- | --- |
| CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE      Casa de Asigurări de Sănătate ............................................  Nr. |¯|¯|¯|¯|¯| din |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| | |
|  | |
| **CERERE-TIP**  **privind solicitarea indemnizaţiei de asigurări sociale de sănătate** | |
|  | |
| I. Date privind solicitantul      Nume                                         Prenume      |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|           |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  ***B.I./C.I. Seria***|¯|¯|¯|¯|***Nr.***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  ***Eliberat de***|¯|¯|¯|¯|***La data***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  ***ZZ LL AA***  ***CNP***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  ***Adresa:***  ***Localitate                              Str.***      |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|        |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  ***Nr.         Bl.         Sc.        Ap.        Sectorul***  |¯|¯|¯|¯|  |¯|¯|¯|¯|  |¯|¯|¯|¯|  |¯|¯|¯|¯|  |¯|¯| | |
| ***2. Calitatea solicitantului***  |¯|***Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. B din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.***  |¯| ***Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.***  |¯|***Persoanele preluate în plată, prevăzute la art. 23 alin. (2) şi art. 32 alin. (1) şi (2) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.***  |¯|***Soţia/soţul titularului întreprinderii individuale/persoanei fizice autorizate care, fără a fi înregistrată/înregistrat în registrul comerţului şi autorizată/autorizat să funcţioneze ea însăşi/el însuşi ca titular al întreprinderii individuale/persoană fizică autorizată sau fără a fi  salariată/salariat, participă în mod obişnuit la activitatea întreprinderii individuale/persoanei fizice autorizate, îndeplinind fie aceleaşi sarcini, fie sarcini complementare, dacă titularul este asigurat în baza contractului prevăzut la art. 1 alin. (2) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.***  ***Declaraţie/contract de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii***  ***nr.*** |¯|¯|¯|¯|¯| ***din*** |¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| | |
| ***3. Plata solicitată*** | ***ACTE NECESARE:*** |
| ***A. Indemnizaţia pentru:*** |  |
| ***1) Incapacitate temporară de muncă*** | ***- Certificat de concediu medical*** |
| |¯|***Boală obişnuită         Seria***|¯|¯|¯|¯|  |¯|***Urgenţă medico-chirurgicală         Nr.***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  |¯|***Boală infectocontagioasă de grup A         Data acordării***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|  |¯|***Boală cardiovasculară***  |¯|***Tuberculoză***  |¯|***Neoplazie***  |¯|***SIDA***  ***2) Prevenire îmbolnăvire:*** | |
| |¯|***Reducerea timpului de muncă cu o pătrime din durata normală*** | ***- Certificat de concediu medical cu avizul medicului expert*** |
| |¯|***Carantină*** | ***- Certificat eliberat de D.S.P.*** |
| ***3)***|¯|***Maternitate*** |  |
| ***4)***|¯|***Îngrijire copil bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani*** | ***- Certificat de naştere copil (copie şi original)***  ***- Certificat persoană cu handicap (copie şi original)***  ***- Declaraţie pe propria răspundere care atestă că celălalt părinte sau susţinător legal nu execută concomitent dreptul*** |
| ***CNP***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| |  |
| ***5)***|¯|***Risc maternal*** | ***- Certificat de concediu medical cu avizul medicului de medicina muncii*** |
| ***B. Indemnizaţia cuvenită pentru luna în curs şi neachitată asiguratului decedat*** | ***- Certificat de deces***  ***Seria***|¯|¯|¯|¯|***Nr.***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| |
|  | ***- Actul de stare civilă care atestă calitatea de soţ/copil/părinte sau, în lipsa acestora, actul de stare civilă al persoanei care dovedeşte că l-a îngrijit pe asigurat până la data decesului*** |
|  |  |
| ***Data***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| | ***Semnătura asiguratului .......................*** |
|  |  |
| ***4. Date privind persoana asigurată (Se completează de către plătitorul de drepturi.)***  ***A. Stagiul de*asigurare *realizat în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical***  ***de la***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| ***la***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯|¯| | |
| ***B. Veniturile asigurate care constituie baza de calcul al indemnizaţiilor de asigurări sociale de sănătate în ultimele 6 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical*** | |
| ***Media veniturilor lunare***  |¯|¯|¯|¯|¯|¯| ***lei***|¯|¯|¯|¯|¯|¯|***lei*** | |
| ***C. Numărul de zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, în ultimele 12/24 luni (cu excepţia concediului medical pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijire copil bolnav)***  |¯|¯|¯| ***zile*** | |