|  |
| --- |
|  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*** |