

O. Adresă angajator

Localitatea:

Nr. Bl. Sc. Et. Ap. Tel:

Județ: Sector: E-mail:

Strada:

P. Conturi bancare

Banca: Filiala:

Cont:

Banca: Filiala:

Cont:

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate o declar corectă și completă

Numele Prenumele Data
 Funcție **) Semnătura și ștampila Nr total de file Anexa. 2

*) Sumele recuperate din contribuția lunii curente sunt sumele pentru care nu se depune cerere de restituire la CAS
 **) Director General sau altă persoană autorizată

Declarație nominală pe suport magnetic <input type="checkbox"/>	Nr. Dischete / CD-ROM <input type="checkbox"/>
Declarație nominală transmisă pe cale electronică <input type="checkbox"/>	
Verificat corectitudinea fișierelor: Nume:	Semnătură

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. [] [] [] [] [] [] din ziua [] [] luna [] [] anul [] [] [] []

DECLARAȚIE inițială [] rectificativă []
privind evidența nominală a asiguraților care au beneficiat de concedii și indemnizații pentru luna [] [] anul [] [] [] []

Denumire angajator					CUI							
Nr.Crt:			Nume/Prenume asigurat					CNP asigurat		Zile lucrătoare		
Tip rectificare*			CNP copil					Luat în evidență la CAS		Total zile lucrate		
Serie și număr Certificat de Concediu Medical								Serie și număr Certificat de Concediu Medical inițial **				
Data acordării			Cod indemnizație					Zile prestații suportate de angajator		Zile prestații suportate din FNUASS		
Locul de prescriere			Ambulatoriu [] CAS []					Suma suportată de angajator		Suma suportată din FNUASS pentru concedii și indemnizații		
Valeabil de la			Valeabil până la					Cod urgență ***		Cod boală***		
Venituri luate în baza de calcul			Zile baza de calcul					Nr. Aviz medic expert				
Media zilnică a bazei de calcul			Total zile prestatii					Semnătura/Ștampila				

*) M = modificare A = adăugare asigurat S = ștergere asigurat

**) Se completează cu seria și numărul Certificatului de concediu medical inițial numai în cazul concediului medical "în continuare"

***) Se completează după caz, cu codul de urgență medico-chirurgicală respectiv codul de boală infecto-contagioasă, prevăzute în HG nr. 1186/2000

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Casa de Asigurări Sănătate.....

Nr. [] din: []

CERERE - TIP
privind solicitarea indemnizației de asigurări sociale de sănătate

1. Date privind solicitantul

Numele

Prenamele

[] []

B.I./C.I. Seria [] Nr. []

Eliberat de []

La data []

Z Z L L A A

CNP []

Adresa:

Localitatea

Str.

[] []

Nr. Bl. Sc. Ap. Sectorul

[] [] [] [] []

2. Calitatea solicitantului

 Asociat unic Asociați Comanditari Acționari Administrator sau manageri care au încheiat contract de administrare sau management Membrii ai asociațiilor familiale Persoană autorizată să desfășoare activități independente Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. e) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare Persoanele preluate în plată, prevăzute la art. 23 alin. (2) și art. 32 alin. (1) și (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

Declară/Contract de asigurare pentru concedii și indemnizații nr. [] din []

3. Plata solicitată

A. Indemnizația pentru:

1) Incapacitate temporară de muncă

 Boală obișnuită Urgență medico-chirurgicală Boală infectocontagioasă de grup A Boală cardiovasculară Tuberculoză Neoplazie SIDA

2) Prevenire îmbolnăvire:

 Reducerea timpului de muncă cu o pătrime din durata normală Carantină3) Maternitate4) Îngrijirea copilului bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani

ACTE NECESARE:

— Certificat de concediu medical

Seria []

Nr. []

Data acordării []

— Certificat de concediu medical cu avizul medicului expert

— Certificat eliberat de D.S.P.

— Certificat de naștere copil (copie și original)

— Certificat persoană cu handicap (copie și original)

— Declarație pe propria răspundere care atestă că celălalt părinte sau susținător legal nu execută concomitent dreptul

CNP []

5) Risc maternal— Certificat de concediu medical cu avizul medicului de
medicina munciiB. Indemnizația cuvenită pentru luna în curs și
neachitată asiguratului decedat

— Certificat de deces

Seria [] [] [] []

Nr. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

— Actul de stare civilă care atestă calitatea de
soț/copil/părinte sau, în lipsa acestora, de persoana
care dovedește că l-a îngrijit pe asigurat până la data
decesului

Data [] [] [] [] [] [] [] []

Semnătura solicitantului

4. Date privind achitarea obligațiilor de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații
(Se completează de către plătitorul de drepturi.)A. Stagiul de cotizare (perioada de contribuție) realizat în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul
medical

de la [] [] [] [] [] [] [] [] la [] [] [] [] [] [] [] []

B. Veniturile pentru care s-a achitat contribuția individuală de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații
în ultimele 6 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical

Media veniturilor lunare

[] [] [] [] [] [] lei [] [] [] [] [] [] lei

C. Număr zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, în ultimele 12 luni (cu excepția concediului
medical pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijirea copilului bolnav)

[] [] [] zile

ANEXA Nr. 4
(Anexa nr. 16 la norme)**DECLARAȚIE**Subsemnatul/a, angajat(ă) al/a,
cu sediul, cetățean, născut(ă) la data de,

(se va specifica adresa angajatorului)

în localitatea, domiciliat(ă) în, str. nr., bl.,
sc., et., ap., sectorul/județul, posesor(oare) al/a, seria nr., eliberat(ă)
de la data de, cod numeric
personal, cunoscând dispozițiile art. 292 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, declar

pe propria răspundere următoarele:

Pe perioada valabilității concediului medical seria nr., acordat în
data de, voi locui la adresa de reședință din:

Str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul

Prin prezenta declar că sunt de acord cu următoarele condiții de eliberare a concediului medical:

— să anunț angajatorul/plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate cu privire la incapacitatea temporară de
muncă, precum și datele medicului care a eliberat certificatul de concediu medical, în primele 24 de ore de la obținerea acestuia,
sau în situația în care apariția stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate nelucrătoare, să anunț
angajatorul/plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în prima zi lucrătoare;

— să menționez adresa de reședință pentru perioada concediului medical;

— să fiu prezent la adresa de reședință indicată pe toată perioada concediului medical, cu excepția situațiilor justificate
cu documente medicale pentru efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale;— pe durata valabilității concediului medical pot fi vizitat la adresa indicată, în intervalele orare 08,00—11,00; 12,00—17,00
și 18,00—20,00, de persoanele abilitate, desemnate în conformitate cu legislația în vigoare, obligându-mă să mă legitimez.

În cazul nerespectării acestor condiții, voi suporta rigurile legislației în vigoare.

OBSERVAȚIILE
MEDICULUI PRESCRIPTOR

Declarant

.....
(numele, prenumele și semnătura)

Data

.....

— Model —

Nr. din

PROCES-VERBAL DE CONSTATARE

Subsemnații din cadrul
(numele și prenumele) (instituția)
 și din cadrul
(instituția)
 în baza și împuterniciți prin.....
(temeiul legal) (act administrativ nr. ...)
 am constatat că asiguratul
(numele și prenumele)
 domiciliat în posesor al seria
 nr., CNP, a fost/nu a fost prezent în ziua de, ora, la adresa
 indicată în declarația dată la data de, odată cu eliberarea certificatului de concediu medical seria
 nr.
 Presentul proces-verbal de constatare a fost întocmit în două exemplare, din care unul rămâne la
 și unul la

Prezentul proces-verbal poate fi contestat în termen de 30 de zile de la data comunicării, la sediul plătitorului de indemnizație.

Întocmit (numele, prenumele și semnătura):

Asigurat (numele, prenumele și semnătura):

1.

2.