ANEXA 9\*)

 la norme

 \*) Anexa nr. 9 este reprodusă în facsimil.

 Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

 Casa de Asigurări de Sănătate .........

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 Nr. |\_|\_|\_|\_|\_| din |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CERERE-TIP

privind solicitarea indemnizaţiei de asigurări sociale de sănătate

 1. Date privind solicitantul

 Nume Prenume

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 B.I./C.I. Seria |\_|\_|\_|\_| Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 Eliberat de |\_|\_|\_|\_| La data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 Z Z L L A A

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 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: - Certificat de concediu medical

 1) Incapacitate temporară de muncă

 \_ \_ \_ \_ \_

 |\_| Boală obişnuită Seria |\_|\_|\_|\_|

|\_| Urgenţă medico-chirurgicală Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 |\_| Boală infectocontagioasă de Data acordării |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 grup A

 \_

 |\_| Boală cardiovasculară

 |

 \_| Tuberculoză

 \_ |\_| Neoplazie

 \_

 |\_| SIDA

 2) Prevenire îmbolnăvire:

 \_

 |\_| Reducerea timpului de muncă cu o - Certificat de concediu medical

 pătrime din durata normală cu avizul medicului expert

 \_

 |\_| Carantină - Certificat eliberat de D.S.P.

 \_

 3) |\_| Maternitate

 \_

 4) |\_| Îngrijire copil bolnav până la - Certificat de naştere copil

 împlinirea vârstei de 7 ani sau (copie şi original)

 pentru îngrijirea copilului cu - Certificat persoană cu handicap

 handicap pentru afecţiuni (copie şi original)

 intercurente până la împlinirea - Declaraţie pe propria răspundere

 vârstei de 18 ani 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 - Certificat de deces

 în curs şi neachitată asiguratului \_ \_ \_ \_

 decedat 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