



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI BUZAU

Str. Crizantemelor nr. 18, Buzau., cod postal: 120203

Tel.: 0238/717834; Fax: 0238/724108

E-mail: office@casbz.ro

Pagina Web: Http://www.casbz.ro

Operator date cu caracter personal nr. 263

CERERE PENTRU ELIBERAREA CERTIFICATELOR DE CONCEDIU MEDICAL IN CAZUL SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE IN ALT STAT

Subsemnatul(a)....., domiciliat(a) in localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., judetul, legitimat prin BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport (conform copiei anexate) seria numarul.....CNP (Cod numeric personal), prin prezenta solicit eliberarea certificatelor de **concediu medical pentru incapacitate temporara de munca** pentru perioada

Cunoscand prevederile art.326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar ca in aceasta perioada m-am aflat in incapacitate temporara de munca si am beneficiat de servicii medicale la o unitate medicala din statul

Precizez ca m-am intors in tara la data de....., iar incapacitatea temporara de munca NU a survenit ca urmare a unui accident de munca sau boala profesionala.

Declar pe propria raspundere ca:

Mi-am pierdut capacitatea de munca in timp ce ma aflam in alta tara in interes de serviciu sau in interes personal

anexez actele doveditoare eliberate de unitatea medicala din statulin care am beneficiat de servicii medicale si care certifica incapacitatea de munca si durata probabila a acesteia.

Am urmat un tratament in strainatate pe baza formularelor emise prin aplicarea Ord. CNAS nr 592/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea in cadrul sistemului de asigurari de sanatate din Romaniaa formularelor emise in aplicarea Regulamentului (CEE) nr 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate sociala in raport cu lucratorii salariati, cu lucratorii independenti si cu familiile acestora care se deplaseaza in cadrul Comunitatii, precum si a Regulamentului (CEE) nr 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr 1408/71, cu modificarile si completarile ulterioare:

formularul E112/S2

formularul S1

card european de asigurari sociale de sanatate/certificat provizoriu de inlocuire a cardului european de sanatate

anexez actele doveditoare eliberate de unitatea medicala din statulin care am beneficiat de servicii medicale si care certifica incapacitatea de munca si durata probabila a acesteia.

anexez formularul european/documentul emis in baza acordurilor, intelegerilor, conventiilor sau protocoalelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

[] Am urmat un tratament in strainatate pentru afectiuni care nu pot fi tratate in tara, pe baza Programului national de tratament in strainatate, finantat prin Ministerul sanatatii

anexez actele doveditoare eliberate de unitatea medicala din statulin care am beneficiat de servicii medicale si care certifica incapacitatea de munca si durata probabila a acesteia.

anexez formularul european/documentul emis in baza acordurilor, intelegerilor, conventiilor sau protocoalelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

La prezenta cerere, depun urmatoarele acte:

adeverinta de la locul de munca (modelul tip pentru concedii medicale, prevazut in *Ordinul MS/CNAS nr 15/1311/2018 cu modificarile si completarile ulterioare*) eliberata de un angajator care depune la CAS Buzau *declaratia privind obligatiile de plata a contributiilor sociale, impozitul pe venit si evidenta nominala a persoanelor asigurate*;

contractul incheiat cu CAS Buzau pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate nrdin data de

actele doveditoare eliberate de unitatea medicala din statulin care am beneficiat de servicii medicale si care certifica incapacitatea de munca si durata probabila a acesteia.

copie **BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport**;

Depunerea documentelor la CAS Buzau si ridicarea certificatelor de concediu medical vor fi realizate de domnul/doamna domiciliat(a) in localitatea.....str. nr., bl. sc., et., ap., judetul legitimat prin BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport (conform copiei anexate) seria numarul CNP

In calitate de:

membru de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica)

persoana imputernicita de asigurat (conform imputernicirii autentificata notarial anexata).

Date de contact asigurat (beneficiar al concediilor medicale):

Telefon

E-mail.....

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS Buzau , in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in vigoare, in scopul asigurarii functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Numele si prenumele asiguratului (beneficiar al concediilor medicale):

Data

Semnatura

Numele si prenumele persoanei imputernicite

membru de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica)

persoana imputernicita de asigurat (conform imputernicirii autentificata notarial anexata).

Semnatura