

**CERERE TIP**  
**PENTRU ELIBERAREA CERTIFICATELOR DE CONCEDIU MEDICAL,**  
**ÎN CAZUL SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN ALT STAT**

Către

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ**

Subsemnatul(a).....domi  
ciliat(ă) în localitatea ....., str.  
..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ....,  
ap..... județul/sectorul ....., legitimat prin B.I. /C.I. / Certificat de  
înregistrare/Permis de sedere (conform copiei anexate), seria..... și  
numărul....., în calitate de:

asigurat, codul numeric personal .....;  
prin prezenta solicit eliberarea Certificatelor de concediu medical pentru perioada  
..... in care mi-am pierdut capacitatea de muncă si am beneficiat  
de servicii medicale în statul.....

Precizez că, m-am întors în țară la data de ...../...../....., iar serviciile medicale  
mai sus menționate nu au survenit în urma unui accident de muncă sau boală profesională.

Subsemnatul, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații,  
declar pe propria răspundere că:

depun o Adeverință de la locul de muncă (modelul tip pentru concedii medicale) eliberata  
de un angajator care depune la CAS Cluj *Declarația privind obligațiile de plată a*  
*contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate*

am încheiat cu CAS Cluj contractul de asigurare pentru concedii și indemnizații de  
asigurări sociale de sănătate nr.....din.....si am platit  
la zi contributia datorata pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate.

am beneficiat de tratament în străinătate pe baza **formulelor** emise prin aplicarea  
Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 592/2008 pentru  
aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale  
de sănătate din România a formulelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr.  
1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu  
lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în  
cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de  
aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, cu modificările și completările ulterioare:

formularul E 112/S2

formularul S1

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

Anexez **documentul/ documentele care certifică incapacitatea de muncă și durata**  
**probabilă a acesteia** emis de către medicul/instituția din statul de tratament, traduse  
autorizat.

**am urmat un tratament în străinătate pentru afecțiuni care nu pot fi tratate în țară,**  
pe baza finantării prin Ministerul Sănătății

Anexez **actele doveditoare traduse autorizat și autentificate.**

Anexez **formularele emise în baza acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau**  
**protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.**

**[ ] mi-am pierdut capacitatea de muncă în timp ce ma aflam în altă țară în interes de serviciu sau în interes personal**

[ ] Anexez actele doveditoare traduse autorizat și autentificate.

[ ] Anexez formularele emise în baza acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Depunerea actelor la CAS Cluj și ridicarea certificatelor de concediu medical vor fi realizate de:....., legitimat prin B.I. /C.I. / Certificat de înregistrare/Permis de sedere (conform copiei anexate), seria.....și numărul....., codul numeric personal ....., domiciliul în localitatea ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., în calitate de:

[ ] membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), sau

[ ] persoană împuternicită de asigurat (conform împuternicirii autentificate notarial anexata)

Date de contact:

Telefon: .....

E-mail: .....

Subsemnatul, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că toate informațiile și documentele transmise la CAS Cluj sunt complete și conforme cu realitatea și că nu există alte aspecte relevante pentru a facilita evaluarea prezentei cereri de către CAS Cluj.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS CLUJ, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Numele și prenumele asiguratului

.....

Cluj-Napoca,

Data: ...../...../.....

Semnătura,

Numele și prenumele persoanei împuternicite

[ ] membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), sau

[ ] persoană împuternicită (conform împuternicirii notarial anexata)

.....

Cluj-Napoca,