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).....domiciliat(ă) în localitatea ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap.....judeţul/sectorul ....., legitimat prin B.I. /C.I. / Certificat de inregistrare/Permis de sedere (conform copiei anexate), seria..... şi nr..... , în calitate de asigurat, CNP:.....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..... în timp ce ma aflam în interes de serviciu / interes personal.

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

Subsemnatul, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere că toate informaţiile şi documentele transmise la CAS Cluj sunt complete şi conforme cu realitatea şi:

[ ] depun o Adeverinţă de la locul de muncă (modelul tip pentru concedii medicale) eliberata de un angajator care depune la CAS Cluj *Declaraţia privind obligaţiile de plată a contribuţiilor sociale, impozitului pe venit şi evidenţa nominală a persoanelor asigurate*

[ ] am încheiat cu CAS Cluj contractul de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate nr.....din.....si am platit la zi contributia datorata pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate

[ ] depun documentele care certifica incapacitatea de munca şi durata probabila a acesteia emis de către medicul/institutia din statul de tratament, traduse autorizat.

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

[ ] membru de familie (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), sau

[ ] persoană împuternicită de asigurat (conform imputernicirii autentificata notarial anexata)

Date de contact:

Telefon: .....

E-mail: .....

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

Numele si prenumele asiguratului Semnatura	Numele si prenumele persoanei imputernicite Semnatura
.....	.....

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