



cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

Contract de asigurare pentru concedii și indemnizații nr. |\_|\_|\_|\_|\_| din  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

---

### 3. Plata solicitată

#### ACTE NECESARE:

#### A. Indemnizația pentru:

- Certificat de concediu medical

#### 1) Incapacitate temporară de muncă

|\_| Boală obișnuită

Seria |\_|\_|\_|\_|\_|

|\_| Urgență medico-chirurgicală

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

|\_| Boală infectocontagioasă din  
grup A

Data acordării |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

|\_| Boală infectocontagioasă pentru care s-a instituit măsura izolării

|\_| Boală cardiovasculară

|\_| Tuberculoză

|\_| Neoplazie

|\_| SIDA

#### 2) Prevenire îmbolnăvire:

|\_| Reducerea timpului de muncă cu o  
părtime din durata normală

- Certificat de concediu medical  
cu avizul medicului expert

|\_| Carantină

- Certificat eliberat de D.S.P.

#### 3) |\_| Maternitate

#### 4) |\_| Îngrijire copil bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani copilului cu afecțiuni grave în vârstă de până la 18 ani

- Certificat de naștere copil  
(copie)

- Certificat persoană cu handicap  
(copie)

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

#### 4.1) |\_| supraveghere și îngrijire copil pentru care s-a dispus măsura carantinei sau a izolării

- Certificat de naștere copil  
(copie)

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

- Certificat eliberat de D.S.P.,  
după caz

#### 5) |\_| Risc maternal

- Certificat de concediu medical  
cu avizul medicului de medicina  
muncii

\*Durată estimată completare formular – 5 - 15 min.

Motivul colectării informației: solicitarea indemnizației de asigurări sociale de sănătate

6) |\_| Ingrijirea pacientului cu - Certificat de concediu medical  
afectiuni oncologice

B. Indemnizația cuvenită pentru luna - Certificat de deces  
în curs și neachitată asiguratului  
decedat

Seria |\_|\_|\_|\_|

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

- Actul de stare civilă care  
atestă calitatea de soț/copil/  
părinte sau, în lipsa acestora,  
actul de stare civilă al  
persoanei care dovedește 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 indemnizațiilor 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 excepția concediului medical pentru tuberculoză,  
neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijire copil bolnav, risc maternal, carantină și  
boală infectocontagioasă pentru care s-a instituit măsura izolării), pentru  
îngrijirea pacientului cu afectiuni oncologice și pentru supravegherea și  
îngrijirea copilului pentru care s-a dispus măsura carantinei sau a izolării)

|\_|\_|\_| zile

\*Durată estimată completare formular – 5 - 15 min.

Motivul colectării informației: solicitarea indemnizației de asigurări sociale de sănătate