(Anexa nr. 9 la norme)

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

Numele Prenumele

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

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

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

grup A

\_

|\_| Boală infectocontagioasă

pentru care s-a instituit

măsura izolării

\_

|\_| Boală cardiovasculară

\_

|\_| Tuberculoză

\_

|\_| Neoplazie

\_

|\_| SIDA

2) Prevenire îmbolnăvire:

\_

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

cu o pătrime din durata cu avizul medicului expert

normală

\_

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

\_

3) |\_| Maternitate

\_

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

până la împlinirea vârstei (copie)

de 7 ani sau pentru - Certificat persoană cu

îngrijirea copilului cu handicap (copie)

handicap pentru afecţiuni - Declaraţie pe propria

intercurente până la răspundere care atestă că

împlinirea vârstei de celălalt părinte sau

18 ani/copilului cu susţinător legal nu execută

afecţiuni grave în vârstă concomitent dreptul

de până la 18 ani

\_

4.1) |\_| supraveghere şi îngrijire - Certificat de naştere copil

copil pentru care s-a (copie)

dispus măsura carantinei - Declaraţie pe propria

sau a izolării răspundere care atestă că

celălalt părinte sau

susţinător 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

\_

6) |\_| Îngrijirea pacientului cu - Certificat de concediu medical

afecţiuni oncologice

B. Indemnizaţia cuvenită pentru - Certificat de deces

luna în curs şi neachitată

asiguratului decedat Seria |\_|\_|\_|\_|

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

- Actul de stare civilă care

atestă calitatea de soţ/copil/

părinte sau, în lipsa acestuia,

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 de luni (cu excepţia concediului medical pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijire copil bolnav, risc maternal, carantină şi boală infectocontagioasă pentru care s-a instituit măsura izolării, pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice şi pentru supravegherea şi îngrijirea copilului pentru care s-a dispus măsura carantinei sau a izolării)

|\_|\_|\_| zile

*Iau act de faptul că,* ***temeiul*** *prelucrarii datelor cu caracter personal care mă privesc de către CAS Vâlcea, furnizate prin prezenta cerere, este conform dispozițiilor art.5 alin.(1) și alin.(2) din* ***Regulamentul (UE) nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date****,* ***scopul*** *prelucrării fiind acordarea indemnizaţiei de asigurări sociale de sănătate.*

*Iau act, inclusiv de drepturile pe care le am (****dreptul de acces*** *la datele mele cu caracter personal,* ***dreptul la rectificarea*** *datelor mele cu caracter personal inexacte,* ***dreptul la ștergerea*** *datelor mele cu caracter personal,* ***dreptul la restricționarea prelucrării****,* ***dreptul la portabilitatea datelor****,* ***dreptul la opoziție****,* ***dreptul de a nu face obiectul*** *unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri) și modalitățile în care-mi pot exercita aceste drepturi.*

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_