(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

Nume Prenume

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 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 pătrime 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 afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani/copilului cu afectiuni grave in varsta de pana la 18 ani	- Certificat de naştere copil (copie) - Certificat persoană cu handicap (copie) - Declaraţie pe propria răspundere care atestă că celălalt părinte sau susţinător legal nu execută concomitent dreptul
CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
5) |_| Risc maternal	- Certificat de concediu medical cu avizul medicului de medicina muncii
B. Indemnizaţia cuvenită pentru luna în curs şi neachitată asiguratului decedat	- Certificat de deces Seria |_|_|_|_| Nr. |_|_|_|_|_|_|_|_| - Actul de stare civilă care

atestă calitatea de soţ/copil/ părinte sau, în lipsa acestora, 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 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)

|_|_|_| 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 dispoziţiilor art.5 alin.(1) şi 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: _____