

Casa Națională de Asigurări de Sănătate  
**Casa de Asigurări Sănătate Satu Mare**

Nr. |\_\_\_\_\_| din: |\_\_\_\_\_|

**CERERE TIP PRIVIND SOLICITAREA INDEMNIZAȚIEI  
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. |\_\_\_\_\_| Sector |\_\_\_\_\_|

---

2. Calitatea solicitantului

Asociat unic  Asociați  Comanditari  Acționari

Membrii ai asociațiilor familiale  Persoană autorizată să desfășoare activități independente

Persoanele prevăzute la art. 1 alin.(2) lit.e) din OUG158/2005

Persoanele preluate în plată, prevăzute la art.23 alin.(2) și art.32 alin.(1) și (2) din OUG 158/2005

**Declarație/contract de asigurare**  
pentru concedii și indemnizații nr. |\_\_\_\_\_| din: |\_\_\_\_\_|

---

3. Plata solicitată

A. Indemnizația pentru:

1) Incapacitate temporară de muncă

Boală obișnuită

Urgență medico-chirurgicală

Boală infectocontagioasă de grup A

Boală cardiovasculară

Tuberculoză

**ACTE NECESARE**

- Certificat de concediu medical

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

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

Data acordării |\_\_\_\_\_|

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 afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani

- Certificat de naștere copil (copie și original)  
- Certificat persoană cu handicap (copie și original)  
- Declarație pe propria răspundere care atestă că celălalt părinte sau susținător legal nu execută concomitent dreptul

CNP

5)  Risc maternal - Certificat de concediu medical cu avizul medicului de medicina muncii

B. Indemnizația cuvenită pentru luna în curs și neachitată asiguratului

- Certificat de deces  
Seria  Nr.

- Actul de stare civilă care atestă calitatea, de soț/copil/părinte sau în lipsa acestora, de persoana care dovedește că l-a îngrijit pe asigurat până la data decesului

Data

Semnătura solicitantului .....

---

4. Date privind achitarea obligațiilor de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații (se completează de către plătitorul de drepturi)

A. Stagiul de cotizare (perioada de contribuție) realizat în ultimile 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical

de la  la

B. Veniturile pentru care s-a achitat contribuția individuală de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații în ultimile 6 luni anterioare lunii pentru care se acorda concediul medical. Media veniturilor lunare  lei  lei

C. Număr zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, în ultimile 12 luni (cu excepția concediului medical pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, maternitate, îngrijire copil bolnav)

zile

---