

**Casa Națională de Asigurări de Sănătate**  
**Casa de Asigurări de Sănătate SIBIU**

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 \_\_\_\_\_ ZZ LL AA

**CNP** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresa:

Localitate \_\_\_\_\_ Str. \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_ Sc. |\_|\_| Ap. |\_|\_|\_| JUD|\_|\_|\_| TEL. \_\_\_\_\_

**2.Calitatea solicitantului**

Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. B din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

Persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

Persoanele preluate în plată, prevăzute la art. 23 alin. (2) și art. 32 alin. (1) și (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările Norma din 2017

Soția/soțul titularului întreprinderii individuale/persoanei fizice autorizate care, fără a fi înregistrată/înregistrat în registrul comerțului și autorizată/autorizat să funcționeze ea însăși/el însuși ca titular al întreprinderii individuale/persoană fizică autorizată sau fără a fi salariată/salariat, participă în mod obișnuit la activitatea întreprinderii individuale/persoanei fizice autorizate, îndeplinind fie aceleași sarcini, fie sarcini complementare, dacă titularul este asigurat în baza contractului prevăzut la art. 1 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată 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**

A.Indemnizația pentru:

1) *Incapacitate temporară de muncă*

Boală obișnuită .

Urgență medico-chirurgicală

Boală infectocontagioasă de grup A

Boală infectocontagioasă pentru care s-a instituit masura izolării

Boală cardiovasculară

Tuberculoză

Neoplazie

SIDA

**ACTE NECESARE:**

- Certificat de concediu medical

Seria \_\_\_\_\_

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

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

