

**DOCUMENTE JUSTIFICATIVE NECESARE DECONTĂRII INDEMNIZAȚIEI PENTRU  
INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ**

- ✓ Cerere privind solicitarea drepturilor, conform modelului prezentat în Anexa 1
- ✓ Centralizator privind certificatele de concediu medical aferente lunii.....2018, prezentat în Anexa 2;
- ✓ Adeverință privind câștigul brut realizat lunar - Anexa 3;
- ✓ Exemplarul 2 al certificatului de concediu medical (ex. roz aferent lunii pentru care se solicită recuperarea), precum și cele cu valoare "0" de recuperat (CM inițiale suportate doar de către angajator);
- ✓ Copii ale concediilor medicale completate cu codurile 02, 03, 04 și 10 care au fost depuse la casele de asigurări de sănătate, după caz - (cf. cu originalul);
- ✓ Copii declarația D112 + Anexa 1.1, Anexa 1.2 + recipisa cu validarea declarației D112 (cf. cu originalul) - declarația aferentă lunii în care se plătesc veniturile/indemnizațiile;
- ✓ Delegație/împuternicire salariat pentru depunere documente;
- ✓ Copie C.I. salariat/delegat.

**TERMENUL DE DEPUNERE AL DOCUMENTELOR JUSTIFICATIVE NECESARE DECONTĂRII  
INDEMNIZAȚIEI PENTRU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ**

Recuperarea de către angajator a cheltuielilor reprezentând indemnizații se realizează în termen de 90 de zile de la data confirmării caracterului de muncă al accidentului sau bolii pentru certificatul de concediu medical inițial, depus la casa teritorială de pensii.

Pentru certificatele de concediu medical în continuare, termenul de 90 de zile curge de la data emiterii certificatului de concediu medical în continuare.

Pentru certificatele de concediu medical acordate cu întrerupere între ele, termenul de 90 de zile curge de la data emiterii certificatului medical.

Data confirmării caracterului de muncă al accidentului - reprezintă data avizării dosarului de cercetare de către Inspectoratul teritorial de muncă, pentru cazurile de incapacitate temporară de muncă, invaliditate sau deces.

Data confirmării caracterului de muncă al bolii - reprezintă data declarării bolii profesionale, conform fișei BP2, întocmită de către Direcția de sănătate publică.

S.C.....  
Str. ...., nr..... , bl. ....,  
sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/localitate/județ .....  
Telefon / Fax: ....., E-mail.....  
Codul fiscal .....  
Cont IBAN .....  
Trezoreria/Banca.....  
Nr. de ieșire reg. societate ...../.....

**Către,**

**Casa teritorială de pensii Maramureș**

SC ....., cod fiscal ....., cu sediul social în  
....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., jud, ....  
cont IBAN ....., deschis la Trezoreria/Banca .....  
vă rugăm a ne vira suma de .....lei, reprezentând indemnizații pentru  
incapacitate temporară de muncă, cauzate de accidente de muncă și boli profesionale plătite  
asiguraților salariați, care potrivit art. 19 alin. 6 din Legea nr.346/2002, privind asigurarea  
pentru accidente de muncă și boli profesionale republicată și actualizată, se recuperează din  
sumele prevăzute pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale în bugetul  
asiguraților sociale de stat.

La prezenta cerere depunem un număr de ..... certificate de concediu medical aferente  
lunii ..... 2018 pentru care se solicită restituirea sumelor.

Anexăm prezentei un nr. de ..... documente.

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus și pentru corectitudinea  
determinării drepturilor de indemnizații.

Director,  
(Administrator)

Director economic,  
.....

.....  
Data.....

S.C.....  
 Localitatea....., Str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., jud. ....  
 Codul fiscal .....  
 Contul .....  
 Trezoreria/Banca .....  
 Nr. .... /.....

**CENTRALIZATOR**  
 privind certificatele de concediu medical aferent lunii ..... 2018

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	CNP asigurat	Concediu medical		Concediu medical inițial		Cod indemnizație	Baza de calcul indemnizație cf. Legii 346/2002 republicată și actualizată, art.19 alin. 1),2),3)	Zile baza de calcul	Media zilnică	Zile suportate de angajator	Indemnizație plătită asiguraților salariați de către angajator, care se recuperează din FAMBP	
			serie	număr	serie	număr						zile	lei
<b>TOTAL Indemnizație plătită asiguraților salariați de către angajator, care se recuperează din FAMBP</b>													

*Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus și pentru corectitudinea determinării acestora.*

Director,  
 (Administrator)  
 .....

Director economic,  
 .....

S.C.....  
 Str. .... nr. ...., bl. ....,  
 sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/localitate/județ.....  
 Telefon/Fax: ....., E-mail .....,  
 Codul fiscal .....

**ADEVERINȚĂ**  
**câștiguri brute realizate lunar - anterior manifestării riscului**

pentru :

Nume, prenume : .....

CNP : .....

Nr. crt.	Luna	Câștigul brut realizat lunar	Observații
1.	prima lună*....		
2.	a doua lună....		
3.			
4.			
5.			
6.	a șasea lună....		
TOTAL			

\* prima lună anterioară manifestării riscului

Alte mențiuni:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus și pentru corectitudinea determinării acestora.

Director,  
 (Administrator)

Director economic,  
 .....

.....

Data.....