

Ministerul Sănătății Nr. 825 din data de 05.07.2006
Ministerul Sănătății Nr. 450 din data de 05.07.2006

Ordin

aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare

Publicat în Monitorul Oficial nr. 708 din 17.08.2006

În baza **H.G. 412/2005** privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul **H.G. 168/2005** privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății*), cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere prevederile **Legii 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul muncii, solidarității sociale și familiei și ministrul sănătății publice emit următorul ordin:

Art. 1.

Se aproba Normele metodologice de aplicare a **Legii 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2.

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data publicării.

Art. 3.

La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abroga Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății nr. 848/1.684/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a **Legii 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, publicat în M.Of. 22 din 7 ianuarie 2005, cu modificările și completările ulterioare.

*) **H.G. 168/2005** a fost abrogată prin **H.G. 862/2006** privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, publicată în M.Of. 590 din 7 iulie 2006.

ANEXA

NORME METODOLOGICE

de aplicare a **Legii 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare

CAPITOLUL I

Dispozitii generale

Art. 1.

Prezentele norme metodologice stabilesc modalitatile de reglementare a unor proceduri, metode și mijloace de aplicare unitara a prevederilor **Legii 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificarile și completarile ulterioare.

Art. 2.

În sensul prezentelor norme metodologice, urmatorii termeni se definesc astfel:

a) Casa Nationala de Pensii și Alte Drepturi de Asigurari Sociale, denumita în continuare CNPAS, care are în subordine casele judetene de pensii și Casa de Pensii a Municipiului Bucuresti, denumite în continuare case teritoriale de pensii;

b) Institutul National de Expertiza Medicala și Recuperare a Capacitatii de Munca, denumit în continuare INEMRCM;

c) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, denumita în continuare CNAS;

d) medic curant - orice medic cu autorizatie de libera practica valabila, care isi desfasoara activitatea în unitati prestatoare de servicii medicale, aflate în relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, respectiv cu casele teritoriale de pensii;

e) servicii medicale - totalitatea interventiilor medicale necesare rezolvarii unui caz;

f) referat medical - formular care atesta diagnosticul clinic, istoricul bolii, starea prezenta de sanatate, tratamentele urmate și planul de recuperare;

g) program individual de recuperare - include, pe langa tratamentul balnear, tratament de fizioterapie, precum și protezarea în ambulatoriu sau spital, dupa caz;

h) program de reabilitare medicala - totalitatea serviciilor medicale prescrise de medicul curant din unitatile prestatoare de servicii medicale;

i) reabilitare medicala - totalitatea serviciilor medicale definite în conformitate cu art. 23 din **Legea 346/2002**, cu modificarile și completarile ulterioare, și care se regasesc în pachetul de servicii medicale de baza prevazut în Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate și în lista serviciilor medicale acordate în unitatile sanitare cu personalitate juridica, destinate în exclusivitate recuperarii capacitatii de munca și inlaturarii deficientelor cauzate de accidente de munca și boli profesionale;

j) fond total de salarii brute - totalitatea sumelor utilizate de un angajator pentru plata drepturilor salariale sau de natura salariala;

k) salariile individuale brute realizate lunar, inclusiv sporurile și adaosurile, reglementate prin lege sau prin contractul colectiv de munca:

(i) salariile de baza brute corespunzatoare timpului efectiv lucrat în program normal și suplimentar (inclusiv indexari, compensatii - numai cele incluse în salariul de baza conform legii - indemnizatii de conducere, salarii de merit și alte drepturi care, potrivit actelor normative, fac parte din salariul de baza);

(ii) sporurile, indemnizatiile și sumele acordate sub forma de procent din salariul de baza brut sau sume fixe, indiferent daca au caracter permanent sau nu;

(iii) sumele platite din fondul de salarii pentru timpul nelucrat (concedii de odihna, indiferent de perioada efectuării, concedii de studii, zile de sărbători, evenimente familiale deosebite, întreruperi ale lucrului din motive neimputabile salariaților);

(iv) sumele acordate cu ocazia ieșirii la pensie, platite din fondul de salarii;

(v) premiile anuale și cele din cursul anului sub diferite forme, altele decât cele reprezentând participarea salariaților la profit;

(vi) drepturile în natura acordate salariaților sub forma de remunerație, dacă acestea sunt suportate din fondul de salarii;

(vii) sumele platite din fondul de salarii conform legii sau contractelor colective de muncă (al 13-lea salariu, prime de vacanță, aprovizionare de iarnă, prime acordate cu ocazia sărbătorilor naționale sau religioase etc.);

(viii) alte adaosuri la salarii, aprobate prin lege sau stabilite prin contractele individuale ori colective de muncă, platite din fondul de salarii;

l) unități sanitare cu personalitate juridică - spitale care au în structura clinici/secții de boli profesionale, cabinete de medicină muncii, precum și Sanatoriul de Boli Profesionale Avrig;

m) validare - verificarea, confirmarea de către CNAS a calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a documentelor justificative, a legalității serviciilor medicale și a contravalorii totale sau parțiale a facturilor.

CAPITOLUL II

Raporturile de asigurare și riscuri asigurate

SECȚIUNEA 1

Declarația pe propria răspundere

Art. 3.

În vederea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, angajatorul are obligația de a comunica asiguratorului domeniul de activitate, conform Clasificării activităților din economia națională - CAEN, numărul de angajați, fondul de salarii, precum și orice alte informații solicitate în acest scop.

Art. 4.

(1) Comunicarea datelor prevăzute la art. 3 se face pe baza declarației pe propria răspundere a angajatorului, prevăzută în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice.

(2) Declarația pe propria răspundere se depune la sediul casei teritoriale de pensii pe raza careia angajatorul își desfășoară activitatea.

(3) Angajatorii care dobândesc personalitate juridică vor depune declarația pe propria răspundere în termen de 30 de zile de la data înregistrării primului contract de muncă.

Art. 5.

(1) Angajatorii au obligația de a anunța asiguratorul despre modificările datelor de identificare sau ale activității principale stabilite în funcție de numărul cel mai mare de salariați.

(2) Angajatorul are obligatia de a depune o noua declaratie pe propria raspundere, în termen de cel mult 15 zile de cand au survenit modificarile mentionate la alin. (1).

Art. 6.

(1) Declaratia pe propria raspundere se depune pe suport electronic, insotita de cea pe suport hartie.

(2) Declaratia pe propria raspundere va purta semnaturile persoanelor autorizate, precum și stampila angajatorului.

Art. 7.

Nedepunerea la termen a declaratiei pe propria raspundere, precum și nerespectarea obligatiei de comunicare a modificarilor survenite în legatura cu datele prevazute de aceasta constituie contraventii și se pedepsesc în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din **Legea 346/2002**, cu modificarile și completarile ulterioare.

SECTIUNEA a 2-a

Contractul individual de asigurare

Art. 8.

(1) Persoanele prevazute la art. 6 alin. (1) din **Legea 346/2002**, cu modificarile și completarile ulterioare, se pot asigura pentru accidente de munca și boli profesionale, pe baza de contract individual de asigurare.

(2) Modelul contractului individual de asigurare este prevazut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice.

Art. 9.

Orice modificare a datelor prevazute în contractul individual de asigurare se va comunica în termen de 15 zile de la data cand a survenit.

Art. 10.

Nerespectarea obligatiei de comunicare a modificarilor contractului individual de asigurare este asimilata situatiilor prevazute la art. 7 și se sanctioneaza în conformitate cu prevederile legale.

Art. 11.

În termen de 10 zile de la modificarea cadrului legal privind contractul individual de asigurare, casele teritoriale de pensii au obligatia sa comunice în scris asiguratilor natura și data de la care survin modificarile.

Art. 12.

(1) Contractul individual de asigurare se poate rezilia oricand pe durata derularii acestuia, la initiativa asiguratului.

(2) Contributia pentru accidente de munca și boli profesionale neachitata, precum și dobanzile și penalitatile aferente se urmaresc conform legislatiei privind creantele bugetare.

CAPITOLUL III

Prestatii și servicii de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale

Art. 13.

În conformitate cu prevederile art. 19 din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, asigurații au dreptul la următoarele prestații și servicii:

- a) reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă;
- b) reabilitare și reconversie profesională;
- c) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă; d) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- e) compensații pentru atingerea integrității;
- f) despăgubire în caz de deces;
- g) rambursare de cheltuieli.

Art. 14.

(1) Asigurații au dreptul la tratament medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă, denumite în continuare servicii medicale.

(2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) sunt acordate de unitățile sanitare, denumite în continuare furnizori de servicii medicale, care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și/sau cu casele teritoriale de pensii.

(3) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru cazurile de accidente de muncă și boli profesionale, se decontează conform prevederilor prezentelor norme metodologice.

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de unitățile sanitare cu personalitate juridică pentru cazurile de boli profesionale, se decontează conform Procedurii de contractare și plata a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, stabilită potrivit anexei nr. 3, conform listelor P1 din anexa nr. 4 și P2 din anexa nr. 5, precum și conform anexei nr. 6 cuprinzând definițiile formulelor de calcul utilizate. Modelul de contract se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS.

(5) Dispozitivele medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, functionale sau fizice, vor fi asigurate de INEMRCM, prin personal propriu sau prin terți.

(6) Dispozitivele medicale prevăzute la alin. (5) sunt cele stabilite în lista dispozitivelor medicale din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(7) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și prin lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și care sunt destinate asigurării reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă, în conformitate cu prevederile [Legii 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

(8) Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente pentru cazurile de boli profesionale și accidente de muncă sunt prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA 1

Reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă

Art. 15.

(1) Acordarea serviciilor medicale prevăzute la art. 23 alin. (2) și la art. 116 alin. (2) lit. i) din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare, pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și pentru care se continuă reabilitarea medicală se va efectua cu respectarea dispozițiilor prezentelor norme metodologice.

(2) Pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de intrare în vigoare a Legii protecției muncii nr. 90/1996, solicitantul trebuie să depună o adeverință de confirmare a înregistrării în Registrul de boli profesionale, emisă de direcțiile de sănătate publică.

(3) Pentru solicitările la care nu există fișe BP2 sau adeverință de confirmare emisă de direcția de sănătate publică, casele teritoriale de pensii nu efectuează decontări.

Art. 16.

(1) Reabilitarea medicală prevăzută pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale presupune acordarea unor servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(2) Furnizorii de servicii medicale vor înainta, în vederea decontării conform legii, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative ale serviciilor medicale, pentru fiecare persoană asigurată.

(3) Pentru serviciile acordate în unități sanitare cu personalitate juridică în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, unitățile sanitare respective vor emite, în vederea decontării, câte o factură și documente justificative aferente, pentru fiecare caz tratat în parte.

(4) Serviciile medicale pentru tratamentul medical ambulatoriu prescris de medicul curant, precum și analizele medicale și medicamentele se vor tarifa în conformitate cu prevederile legale în vigoare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Tarifele medicale aferente serviciilor medicale pentru reabilitarea medicală sunt cele stabilite în conformitate cu prevederile legislației în vigoare privind asigurările sociale de sănătate.

(6) Decontarea serviciilor medicale acordate asiguraților se va face numai pentru acele servicii generate de caracterul de muncă al accidentului sau al bolii și numai după confirmarea acestora, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 135 alin. (5) din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare.

(7) În vederea acordării serviciului medical, asigurații are obligația de a respecta programul de reabilitare medicală, stabilit de medicul curant al furnizorului de servicii medicale.

(8) Nerespectarea acestui program atrage suspendarea drepturilor la prestații medicale.

Art. 17.

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligatia ca, în termen de 5 zile lucratoare de la acordarea serviciilor medicale, sa transmita caselor teritoriale de pensii un referat medical privind starea de sanatate a bolnavului și indicatiile de tratament ulterioare pentru alte unitati medicale, dupa caz.

(2) Medicul curant este obligat sa completeze referatul medical prevazut la alin. (1) și este raspunzator de veridicitatea și exactitatea informatiilor cuprinse în acesta.

(3) Modelul referatului medical este prevazut în anexa nr. 7 la prezentele norme metodologice.

Art. 18.

(1) CNPAS, prin casele teritoriale de pensii, va efectua decontarea serviciilor medicale prevazute la art. 14 alin. (1) și (4) catre CNAS, prin casele de asigurari de sanatate, pentru fiecare persoana asigurata, în functie de:

a) confirmarea caracterului de munca al accidentelor și bolilor prin proces-verbal de cercetare, formularul pentru inregistrarea accidentului de munca (FIAM) sau fisa de declarare a cazului de boala profesionala BP2 ori adeverinta de confirmare de la directia de sanatate publica, elaborate conform prevederilor prezentelor norme metodologice și Normelor metodologice privind comunicarea, cercetarea, inregistrarea, raportarea, evidenta accidentelor de munca și declararea, confirmarea, inregistrarea, raportarea, evidenta bolilor profesionale, precum și a celorlalti indicatori care definesc morbiditatea profesionala, aprobate prin Ordinul ministrului muncii și protectiei sociale nr. 388/1996 privind aprobarea normelor metodologice în aplicarea prevederilor Legii protectiei muncii nr. 90/1996, publicat în M.Of. 249 din 15 octombrie 1996, cu modificarile ulterioare;

b) documentele justificative, respectiv factura și desfasuratorul activitatilor realizate de catre furnizorii de servicii medicale, pentru asiguratii care au beneficiat de servicii medicale ca urmare a accidentelor de munca sau a bolilor profesionale.

(2) Decontarea între casele teritoriale de pensii și unitatile sanitare cu personalitate juridica se face în conditiile prevazute la alin. (1).

(3) Casa teritoriala de pensii sau, dupa caz, compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM are dreptul de verificare a documetelor justificative, de monitorizare pe timpul tratamentului și de refuz de plata în conditiile în care serviciile medicale contravin prevederilor legale în vigoare.

(4) În vederea decontarii cheltuielilor pentru serviciile medicale, CNAS, prin casele de asigurari de sanatate, va depune facturile și desfasuratoarele aferente serviciilor realizate de catre furnizorii de servicii medicale, stabilite la alin. (1) lit. b), la casa teritoriala de pensii din judetul respectiv.

(5) La sfarsitul fiecărei luni, casele teritoriale de pensii comunica caselor de asigurari de sanatate codurile numerice personale și numele cazurilor care au primit confirmare de accident de munca sau boala profesionala.

(6) Termenul de depunere a documentelor de plata este data de 25 a lunii urmatoare celei în care s-a primit de casa de asigurari de sanatate confirmarea caracterului de munca al accidentului sau al bolii.

(7) Decontarea documentelor prevazute la alin. (6) se va face în termen de 15 zile lucratoare de la data depunerii acestora la casa teritoriala de pensii, în conditiile indeplinirii criteriilor prevazute la alin. (1).

(8) Pentru situatiile în care unitatile sanitare cu personalitate juridica, aflate în relatie contractuala directa cu casele teritoriale de pensii, emit facturi pentru tratarea bolilor al caror caracter profesional nu se confirma, costurile aferente vor fi suportate de catre casele teritoriale de pensii ulterior validarii documentelor de catre casele de asigurari de sanatate, urmand ca în termen de 30 de zile de la inaintarea documentelor justificative casele de asigurari de sanatate sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale efectuate.

(9) Casele teritoriale de pensii vor inainta spre validare caselor de asigurari de sanatate, pana în data de 5 a lunii urmatoare celei pentru care urmeaza sa se faca decontarea serviciilor medicale, lista cuprinzand CNP-urile pacientilor internati în clinicile/sectiile de boli profesionale, reprezentand cazuri la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, precum și facturile și documentele justificative aferente.

(10) Validarea se va realiza în termen de 10 zile lucratoare de la data primirii documentelor de catre casele de asigurari de sanatate.

(11) În termen de 5 zile de la data validarii casele de asigurari de sanatate comunica caselor teritoriale de pensii CNP-urile pacientilor, contravaloarea facturilor, precum și documentele justificative validate.

(12) Pentru situațiile prevazute la alin. (8), procedura de validare se aplică de catre casele de asigurari de sanatate, iar suportarea costurilor de catre casele teritoriale de pensii se va face ulterior acesteia.

(13) În vederea decontarii serviciilor medicale prevazute la alin. (8), casele teritoriale de pensii transmit lunar, pana la data de 25 a lunii urmatoare celei pentru care urmeaza sa se faca decontarea serviciilor medicale, catre casele de asigurari de sanatate, documentele justificative aferente serviciilor medicale realizate de catre unitatile sanitare cu personalitate juridica.

(14) În baza documentelor validate de catre casele de asigurari de sanatate, casele teritoriale de pensii deconteaza catre furnizorii de servicii medicale contravaloarea prevazuta în aceste documente.

(15) Desfasuratoarele mentionate la alin. (1) lit. b) și alin. (4) sunt desfasuratoarele aferente serviciilor medicale realizate de catre furnizorii de servicii medicale reglementate de Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

(16) Tratamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunica medicului de familie prin scrisoare medicala.

(17) Medicul de familie raporteaza lunar numarul și valoarea prescriptiilor medicale prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii.

(18) Pe baza centralizarii datelor transmise de medicul de familie, casa de asigurari de sanatate transmite casei teritoriale de pensii, pana la data de 25 a lunii urmatoare celei în care s-a realizat prescrierea, solicitarea de decontare care se va realiza în termen de 30 de zile.

Art. 19.

(1) Contravaloarea serviciilor medicale corespunzatoare cazurilor de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 sau contravaloarea dispozitivelor medicale în vederea corectarii și recuperarii deficientelor organice, functionale ori fizice pentru cazurile de accidente de munca sau boli profesionale, confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005, acordate conform prezentelor norme metodologice, se suporta din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Solidaritatii Sociale și Familiei.

(2) Modalitatea de decontare a cheltuielilor prevazute la alin. (1) se va stabili prin ordin al ministrului muncii, solidaritatii sociale și familiei.

Art. 20.

(1) Tratamentele de recuperare prevazute la art. 23 alin. (1) lit. c), d) și e) din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completarile ulterioare, necesare ulterior externarii asiguratilor, trebuie analizate și avizate de catre medicul expert al asigurarilor sociale din serviciul de expertiza medicala din cadrul caselor teritoriale de pensii.

(2) Biletele pentru tratament balnear, prevazute la art. 25 alin. (3) din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completările ulterioare, se vor acorda în conformitate cu criteriile în baza carora se acorda biletele pentru tratamentul balnear, stabilite prin decizie a presedintelui CNPAS.

Art. 21.

Chirurgia reparatorie este destinata numai cazurilor care presupun refacerea capacitatii de munca, a carei pierdere a rezultat ca urmare a unui accident de munca sau a unei boli profesionale confirmate.

Art. 22.

(1) Asiguratul beneficiaza, la cerere, de acordarea ajutoarelor pentru procurarea dispozitivelor medicale în vederea corectarii și recuperarii deficientelor organice, functionale sau fizice pentru cazurile de accidente de munca ori boli profesionale, potrivit prevederilor art. 24 alin. (1) din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completările ulterioare.

(2) Cererea se adreseaza casei teritoriale de pensii pe raza careia asiguratul isi are domiciliul și va fi insotita de recomandarea medicului curant.

(3) Modelul cererii pentru acordarea de dispozitive medicale este prevazut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(4) Dupa primirea cererii și a recomandarii medicului curant, fiecarui asigurat i se va intocmi un dosar care va cuprinde, pe langa documentele mentionate, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fisa BP2, dupa caz.

(5) În cazul în care unui asigurat ii inceteaza contractul de munca, respectiv contractul de asigurare, i se acorda dreptul la servicii medicale doar daca face dovada cu documente medicale, conform legii, ca este victima unei boli profesionale cauzate de factori de risc specifici locului/locurilor de munca în care a fost angajat.

Art. 23.

Nivelul de decontare a dispozitivelor prevazute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completările ulterioare, este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și functionare a Institutului National de Expertiza Medicala și Recuperare a Capacitatii de Munca și a serviciilor teritoriale de expertiza medicala a capacitatii de munca, aprobat prin [H.G. 1.229/2005](#).

Art. 24.

(1) Cererile prevazute la art. 22 alin. (2) se analizeaza și se solutioneaza de catre casa teritoriala de pensii.

(2) Prin decizie motivata cererea se poate admite, total sau partial, ori se poate respinge.

(3) Termenul de solutionare a cererilor este de 30 de zile de la data inregistrarii.

Art. 25.

Casa teritoriala de pensii va comunica asiguratului modalitatea prin care poate intra în posesia acestor prestatii, conform anexei nr. 9 la prezentele norme metodologice.

Art. 26.

(1) Pentru decontarea contravalorii dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, functionale sau fizice, în cazurile prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 alin. (2) din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare, solicitanții vor depune la casa teritorială de pensii pe raza careia își au domiciliul o cerere, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(2) Solicitantul va atașa la cerere următoarele acte:

a) FIAM sau, pentru cazurile când acesta nu există, procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului sau adeverința de confirmare a înregistrării accidentului de muncă la inspectoratul teritorial de muncă;

b) fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 sau adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică;

c) recomandarea medicului curant.

(3) Pentru accidentele de muncă sau bolile profesionale petrecute anterior aplicării Legii 3/1964, constituie dovada a accidentului de muncă sau bolii profesionale orice act oficial emis de către o autoritate competentă.

(4) Acordarea prestațiilor prevăzute la alin. (1) se va efectua cu respectarea prevederilor art. 23, 24 și 25.

Art. 27.

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația de a informa, de îndată, casa teritorială de pensii, în cazul în care asiguratul nu respectă programul individual de recuperare stabilit.

(2) Personalul cu atribuții din cadrul casei teritoriale de pensii verifică și constată respectarea de către asigurat a programului individual de recuperare.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de recuperare stabilit, personalul cu atribuții al casei teritoriale de pensii propune suspendarea serviciilor pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă a asiguratului, în conformitate cu prevederile art. 26 din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare.

(4) În cazul în care asiguratul nu urmează sau nu respectă programul individual de recuperare din motive care îi sunt imputabile, casa teritorială de pensii este exonerată de orice răspundere în ceea ce privește deteriorarea stării de sănătate a acestuia.

(5) Reluarea programului individual de recuperare medicală care a fost suspendat din cauze imputabile asiguratului se poate executa la solicitarea scrisă a acestuia, dar cu condiția suportării de către acesta a tuturor costurilor suplimentare generate de întreruperea programului.

(6) Reluarea programului individual de recuperare medicală va fi aprobată de casa teritorială de pensii, la solicitarea motivată a asiguratului.

SECȚIUNEA a 2-a

Reabilitare și reconversie profesională

Art. 28.

Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, care, deși nu și-a pierdut complet capacitatea de muncă, nu mai poate desfășura activitatea pentru care s-a calificat, beneficiază, la cerere, de cursuri de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 29.

(1) Pentru crearea condițiilor necesare efectuării cursurilor prevăzute la art. 29 din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, casele teritoriale de pensii au obligația ca anual să încheie contracte cu furnizorii de formare profesională autorizați, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă, autorizați conform reglementărilor în vigoare.

(2) Contractele dintre casele teritoriale de pensii și furnizorii de formare profesională, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă se vor efectua cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Modelul contractelor prevăzute la alin. (1) va fi stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 30.

(1) În vederea aprobării participării la cursurile de recalificare sau reconversie profesională, asiguratul trebuie să depună o cerere la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia își are domiciliul.

(2) Modelul cererii de participare la cursul de recalificare sau reconversie profesională este prevăzut în anexa nr. 10 la prezentele norme metodologice.

Art. 31.

După primirea cererii, asiguratului i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă cerere, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

Art. 32.

(1) În termen de 15 zile de la primirea cererii, asiguratului i se vor comunica instituția și data la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

(2) Comunicarea locului și datei la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale se va face prin invitație scrisă, conform anexei nr. 11 la prezentele norme metodologice.

Art. 33.

(1) După aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă autorizați au obligația să transmită casei teritoriale de pensii concluziile examinării, împreună cu propunerile legate de activitățile pe care asiguratul le mai poate efectua.

(2) Comunicarea concluziilor se va face în termen de 5 zile de la data efectuării examinării, sub forma unui referat.

Art. 34.

(1) În termen de 15 zile de la primirea concluziilor, pe baza dosarului și a concluziilor aprecierii stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea, prin decizie motivată.

(2) Decizia va cuprinde propuneri privind unul sau mai multe cursuri de reconversie profesională, furnizorul acestora, programul de instruire, precum și modalitatea de absolvire.

Art. 35.

(1) Decizia se comunica asiguratului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(2) Asiguratul poate accepta sau refuza propunerea casei teritoriale de pensii, în termen de 15 zile de la primirea acesteia.

Art. 36.

În cazul în care asiguratul accepta propunerile casei teritoriale de pensii, acestuia i se vor comunica furnizorul de formare profesională, locul și data începerii cursului, în termen de 5 zile de la stabilirea acestora, prin invitație scrisă, conform anexei nr. 12 la prezentele norme metodologice.

Art. 37.

Dacă asiguratul refuza cursurile propuse de casa teritorială de pensii, acesta își pierde dreptul la prestații privind reabilitarea și reconversia profesională.

Art. 38.

(1) Asiguratul are obligația de a respecta programul de instruire stabilit de organizatorul acestuia.

(2) Nerespectarea programului de instruire de către asigurat atrage întreruperea efectuării acestuia, precum și suspendarea dreptului la indemnizație.

Art. 39.

Asiguratul are dreptul la o singură examinare finală gratuită a cursului de reabilitare sau reconversie profesională.

Art. 40.

Furnizorii de formare profesională au obligația de a anunța orice încălcare de către asigurat a programului de instruire profesională.

Art. 41.

Pe durata cursurilor, asiguraților li se acordă o indemnizație în conformitate cu prevederile secțiunii a 3-a din prezentul capitol.

SECȚIUNEA a 3-a

Indemnizațiile prevăzute de

Legea 346/2002, cu modificările și completările ulterioare

Art. 42.

În sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se acordă următoarele tipuri de indemnizații:

a) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă;

- b) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
- c) indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- d) indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 43.

(1) Indemnizațiile se calculează și se plătesc de către angajatori și se deduc din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Casele teritoriale de pensii preiau în plată numai indemnizațiile prevăzute la art. 42 pentru persoanele al căror angajator și-a încetat activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, pentru persoanele asigurate prin contract individual, precum și pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de somaj.

(3) Pentru situațiile în care angajatorul își încetează activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, acesta are obligația de a transmite către casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul toate actele doveditoare din care să reiasă această stare de fapt.

(4) Prevederile alin. (2) se aplică și în situația în care a expirat termenul pentru care a fost încheiat contractul individual de muncă, a expirat termenul pentru care a fost exercitată funcția publică ori a expirat mandatul în baza căruia s-a desfășurat activitate în funcții electivă sau în funcții numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești.

Art. 44.

(1) Indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se plătesc pe baza cererii-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, și a celorlalte acte prevăzute de reglementările legale în vigoare, exclusiv indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă, pentru a cărei acordare nu este necesară completarea cererii-tip.

(2) În vederea obținerii drepturilor privind indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, asigurații conform art. 6 alin. (1) din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, vor completa cererea-tip prevăzută la alin. (1) pentru toate situațiile, fără excepție.

(3) În afara cererii-tip prevăzute la alin. (1), pentru obținerea indemnizațiilor mai sunt necesare următoarele documente:

- a) certificatul de concediu medical;
- b) procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă;
- c) FIAM sau procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului, respectiv fișa BP2, după caz.

(4) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (2), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune certificatul de concediu medical, copie de pe carnetul de somer vizat la zi, după caz, și o cerere-tip conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(5) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (4), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune o cerere-tip, conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, însoțită de certificatul de concediu medical și de copia contractului individual de muncă.

(6) Cererea prevazuta la alin. (4) și (5), pentru situațiile prevazute la art. 43 alin. (2) și (4), se va depune la casa teritoriala de pensii pe raza careia isi are sediul angajatorul sau la casa teritoriala de pensii pe raza careia isi are domiciliul solicitantul.

Art. 45.

Cererea-tip privind solicitarea drepturilor de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale se depune la casele teritoriale de pensii:

a) de catre angajatori și institutia care administreaza bugetul Fondului pentru plata ajutorului de somaj, odata cu Declaratia privind evidenta nominala a asiguratilor și a obligatiilor de plata catre bugetul asigurarilor sociale de stat;

b) de catre celelalte categorii de asigurati, la data solicitarii prestatiei.

Art. 46.

Cererea prevazuta la art. 45 se aproba sau se respinge prin decizie motivata a directorului executiv al casei teritoriale de pensii, în termen de cel mult 30 de zile de la inregistrarea acesteia. Decizia se comunica atat asiguratului, cat și angajatorului.

Art. 47.

(1) Sumele reprezentand indemnizatii care se platesc de catre angajator asiguratilor potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice se retin de catre acesta din contributia de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale, datorata pentru luna respectiva.

(2) Indemnizatiile se platesc pentru numarul de zile lucratoare din duratele exprimate în zile calendaristice ale concediilor medicale sau pentru numarul de zile lucratoare din perioada în care persoana asigurata urmeaza cursuri de reconversie profesionala, beneficiaza de reducerea timpului normal de munca sau de trecerea temporara în alt loc de munca.

(3) Sumele reprezentand indemnizatii platite de catre angajator asiguratilor potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice, care depasesc cuantumul contributiei datorate de acesta în luna respectiva, se recupereaza din fondul asigurarilor pentru accidente de munca și boli profesionale de la casa teritoriala de pensii pe raza careia se afla sediul sau domiciliul acestuia.

(4) Indemnizatiile pe care angajatorii le achita fara indeplinirea conditiilor legale și pe care acestia le deconteaza cu sistemul asigurarilor pentru accidente de munca și boli profesionale reprezinta sume incasate necuvenit, care constituie debite ce urmeaza sa fie recuperate potrivit reglementarilor legale în vigoare.

Art. 48.

In cazul asiguratilor care se regasesc în doua sau mai multe dintre situațiile prevazute la art. 5, 6 și 7 din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completarile ulterioare, și care desfasoara activitate la mai multi angajatori, indemnizatiile prevazute la art. 42 se platesc o singura data de catre angajatorul la care a avut loc accidentul de munca sau la care s-a declarat boala profesionala.

Art. 49.

(1) Indemnizatiile se achita beneficiarului, reprezentantului legal sau mandatarului desemnat prin procura de catre acesta.

(2) Indemnizatiile pot fi solicitate, pe baza actelor justificative, în termenul de prescriptie de 3 ani, calculat de la data la care beneficiarul era în drept sa le solicite.

(3) Cuantumul indemnizatiilor solicitate potrivit alin. (2) se achita la nivelul convenit în perioada prevazuta în certificatul medical.

Art. 50.

Plata indemnizatiilor inceteaza incepand cu ziua urmatoare celei în care:

- a) beneficiarul a decedat;
- b) beneficiarul nu mai indeplineste conditiile legale pentru acordarea indemnizatiilor;
- c) beneficiarul si-a stabilit domiciliul pe teritoriul altui stat cu care România nu are incheiata conventie de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale;
- d) beneficiarul si-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România a incheiat conventie de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale, daca în cadrul acesteia se prevede ca indemnizatiile se platesc de catre celalalt stat.

SECTIUNEA a 4-a

Indemnizatia pentru incapacitate temporara de munca

Art. 51.

Asiguratii beneficiaza de o indemnizatie pe perioada în care se afla în incapacitate temporara de munca datorita unui accident de munca sau datorita unei boli profesionale, indiferent de momentul producerii acestuia/acesteia.

Art. 52.

(1) Cuantumul indemnizatiei pentru incapacitate temporara de munca reprezinta 80% din baza de calcul.

(2) În cazul urgentelor medico-chirurgicale, cuantumul indemnizatiei pentru incapacitate temporara de munca este de 100% din baza de calcul.

(3) Baza de calcul a indemnizatiilor pentru incapacitate temporara de munca reprezinta:

a) media veniturilor salariale lunare brute realizate de catre persoanele angajate în ultimele 6 luni, anterioare manifestarii riscului; în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizatiilor o constituie media veniturilor salariale lunare brute la care s-a achitat contributia;

b) veniturile stipulate de catre asiguratii individuali în contractele pe baza carora s-a stabilit contributia de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale;

c) drepturile acordate în perioada respectiva pentru somerii care urmeaza cursuri de recalificare sau de reconversie profesionala, exclusiv sumele acordate cu titlu de plati compensatorii.

(4) În cazul în care o persoana a beneficiat de drepturi de asigurari sociale (indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca cauzata de boli obisnuite sau de accidente în afara muncii, de boli profesionale și accidente de munca; prestatie pentru prevenirea imbolnavirilor și recuperarea capacitatii de munca; indemnizatie pentru maternitate; indemnizatie pentru cresterea copilului sau ingrijirea copilului bolnav), baza de calcul o constituie media veniturilor salariale lunare brute la care s-

a achitat contributia, respectiv media veniturilor stipulate în contractul individual de asigurare, pe baza caruia s-a stabilit contributia de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale, obtinute după reluarea raporturilor de munca sau de serviciu.

Art. 53.

(1) Pentru plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de munca, aferente concediilor medicale acordate cu întrerupere între ele, acestea se iau în considerare separat, durata lor nu se cumulează, iar plata se suportă conform art. 35 din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru afecțiuni diferite, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de munca se calculează și se plătește separat, iar plata se suportă conform art. 35 din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru aceeași afecțiune, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de munca se calculează conform prevederilor art. 35 din **Legea 346/2002**, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 54.

Indemnizațiile pentru incapacitate temporară de munca se acordă pe o durată de cel mult 180 de zile în interval de un an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire. Începând cu a 90-a zi, concediul medical se poate prelungește până la 180 de zile, cu avizul medicului expert al asiguraților sociale.

Art. 55.

(1) Medicul curant poate propune, în situații temeinic justificate, prelungirea concediului pentru incapacitate temporară de munca, peste 180 de zile, în scopul evitării pensionării de invaliditate și menținerii asiguratului în activitate.

(2) Medicul expert al asiguraților sociale decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului de recuperare, trecerea temporară în alt loc de munca, reducerea timpului de munca, reluarea activității în aceeași profesie sau într-o altă profesie ori pensionarea de invaliditate.

(3) Prelungirea concediului medical, peste 180 de zile, se face pentru cel mult 90 de zile, conform procedurilor stabilite de CNPAS, în raport cu evoluția cazului și cu rezultatele acțiunilor de recuperare.

SECȚIUNEA a 5-a

Indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de munca și indemnizația pentru reducerea timpului de munca

Art. 56.

Asiguratul care, datorită unei boli profesionale sau datorită unui accident de munca, nu își mai poate desfășura activitatea la locul de munca anterior manifestării riscului asigurat sau care nu mai poate realiza durata normală de munca poate beneficia, la cerere, de trecerea temporară în alt loc de munca ori de o reducere cu o parte a timpului normal de lucru.

Art. 57.

(1) Asiguratul isi poate relua activitatea la vechiul loc de munca sau poate realiza programul normal de lucru, inainte de expirarea perioadei maxime de reducere a programului de lucru, prevazuta de legislatia în vigoare, cu avizul medicului expert al asigurarilor sociale.

(2) Angajatorul va instiinta casa teritoriala de pensii, în termen de cel mult 5 zile, despre modificarea intervenita în situatia asiguratului.

Art. 58.

Quantumul indemnizatiilor pentru trecerea temporara în alt loc de munca și pentru reducerea timpului de munca este egal cu diferenta dintre media veniturilor salariale din ultimele 6 luni și venitul salarial brut realizat de asigurat la noul loc de munca sau venitul salarial brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de munca, fara a se depasi 25% din baza de calcul.

Art. 59.

Indemnizatiile pentru trecerea temporara în alt loc de munca, precum și pentru reducerea timpului de munca se acorda pentru o perioada de cel mult 90 de zile intr-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

SECTIUNEA a 6-a

Indemnizatia pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesionala

Art. 60.

(1) Victima unui accident de munca sau a unei boli profesionale beneficiaza, la cerere, în conditiile legii, de o indemnizatie pe durata cursurilor de recalificare sau de reconversie profesionala.

(2) Indemnizatia se acorda numai daca asiguratul respecta integral programul de instruire pe toata durata cursurilor.

(3) In situatia în care asiguratul nu respecta programul de instruire din motive ce ii sunt imputabile, organizatorul cursurilor de recalificare sau reconversie profesionala instiinteaza de indata casa teritoriala de pensii care sisteaza plata indemnizatiei.

(4) Prevederile alin. (3) nu se aplică în cazurile de forta majora. Forta majora se dovedeste cu acte.

(5) Constatarea cazurilor de forta majora prevazute la alin. (4) se efectueaza de catre personalul imputernicit al casei teritoriale de pensii.

Art. 61.

Indemnizatia pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesionala se acorda lunar și reprezinta 70% din salariul de baza brut al persoanei asigurate, avut la data survenirii accidentului de munca sau a bolii profesionale.

Art. 62.

Indemnizatia pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesionala se acorda doar daca persoana asigurata nu beneficiaza în paralel de indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca ori de pensie de invaliditate de gradul III, acordata potrivit reglementarilor în vigoare.

SECTIUNEA a 7-a

Compensiile pentru atingerea integritatii

Art. 63.

Au dreptul la o compensatie pentru atingerea integritatii asiguratii care în urma accidentelor de munca sau a bolilor profesionale raman cu leziuni permanente care produc deficiente și reduc capacitatea de munca între 20-50%, exclusiv cazurile carora li se recunoaste, prin decizie, invaliditatea.

Art. 64.

Compensiile pentru atingerea integritatii se acorda doar daca accidentul de munca a antrenat o incapacitate temporara de munca mai mare de 3 zile, conform definitiei accidentului de munca.

Art. 65.

Compensatia pentru atingerea integritatii se acorda doar dupa incheierea perioadei de incapacitate temporara de munca.

Art. 66.

În vederea obtinerii compensatiei pentru atingerea integritatii, persoana asigurata depune o cerere- tip privind solicitarea drepturilor de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale, conform anexei nr. 13 la prezentele norme metodologice.

Art. 67.

(1) În termen de 15 zile de la depunerea cererii, medicul expert al asiguratorului decide asupra acordarii compensatiei pentru atingerea integritatii, precum și asupra cuantumului acesteia.

(2) În cazul în care medicul expert al asigurarilor sociale considera ca sunt necesare examinari ulterioare, poate dispune efectuarea acestora.

Art. 68.

(1) Grila privind acordarea compensatiilor pentru atingerea integritatii este prevazuta în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice.

(2) Grilele cuprinzand procentajele privind reducerea capacitatii de munca se stabilesc prin decizie a presedintelui CNPAS.

SECTIUNEA a 8-a

Despagubirile în caz de deces

Art. 69.

În cazul decesului asiguratului ca urmare a unui accident de munca sau a unei boli profesionale, despagubirea în caz de deces se acorda, la cerere, unei singure persoane, care poate fi una dintre persoanele mentionate la art. 46 alin. (1) din [Legea 346/2002](#), cu modificarile și completările ulterioare.

Art. 70.

Despagubirea în caz de deces se acorda pe baza urmatoarelor acte: cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale, prevazuta în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, certificat de deces - original și copie, actul de identitate al solicitantului, acte de stare civila ale solicitantului, care sa ateste calitatea acestuia, sau acte din care sa rezulte ca au fost suportate cheltuielile ocazionate de deces, dupa caz.

Art. 71.

- (1) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea prin decizie motivata.
- (2) Termenul de solutionare a cererii este de 20 de zile de la data depunerii acesteia la casa teritoriala de pensii.
- (3) Plata despagubirii se efectueaza prin casieria casei teritoriale de pensii.
- (4) Decizia se comunica petentului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.
- (5) Cuantumul despagubirii în caz de deces este de 4 salarii medii brute pe economie.
- (6) Salariul mediu care va fi utilizat la plata despagubirii în caz de deces va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul National de Statistica pentru luna în care a survenit decesul asiguratului sau, dupa caz, ultimul salariu mediu brut pe economie cunoscut la data solicitarii.

Art. 72.

Dupa efectuarea platii despagubirii în caz de deces, asiguratorul are obligatia de a inscrie pe versoul certificatului de deces original mentiunea "ACHITAT DESPAGUBIRE IN CAZ DE DECES CONFORM LEGII Nr. 346/2002", data, semnatura și stampila.

SECTIUNEA a 9-a

Rambursari de cheltuieli

Art. 73.

In vederea rambursarii cheltuielilor ocazionate de transportul de urgenta sau de confectionarea unor dispozitive destinate sa asigure recuperarea functionalitatii organismului victimei accidentului de munca, persoana juridica sau persoana fizica care a suportat cheltuielile se adreseaza casei teritoriale de pensii în raza careia s-a produs accidentul de munca.

Art. 74.

- (1) Modelul cererii de rambursare a cheltuielilor este prevazut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.
- (2) Cererea se depune la sediul casei teritoriale de pensii, insotita de documente justificative, dupa caz.

Art. 75.

- (1) In cazul în care persoana indreptatita solicita rambursarea cheltuielilor ocazionate de transportul de urgenta utilizand alte mijloace decat cele uzuale, aceasta trebuie sa prezinte:

a) facturi sau alte documente din care sa rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora;

b) declaratia pe propria raspundere a angajatorului sau a persoanei care a solicitat rambursarea, dupa caz, din care trebuie sa reiasa caracterul de urgenta al transportului, mijlocul de transport utilizat, precum și descrierea imprejurarilor care au impus utilizarea altor mijloace decat a celor uzuale pentru salvarea victimei accidentului de munca;

c) dovada emisa de autoritatea competenta, din care sa rezulte faptul ca solicitantul nu inregistreaza obligatii restante la Fondul de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale, dupa caz.

(2) Pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma solicitata a fi rambursata se determina prin inmultirea numarului de kilometri echivalenti (dus-intors) pentru mediul urban, respectiv a numarului de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural, cu consumul normat de combustibil pe kilometru parcurs și cu pretul mediu al combustibilului utilizat.

(3) Pentru serviciile de transport aerian și pe apa, suma solicitata a fi rambursata se calculeaza pe baza numarului de ore de zbor, respectiv a numarului de mile marine estimat, inmultit cu costul mediu al unei ore de zbor, respectiv cu costul mediu pe mila marina.

(4) Tipurile de transport de urgenta prevazute la alin. (1) sunt altele decat cele ale unitatilor specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar și care indeplinesc criteriile de autorizare prevazute de reglementarile Ministerului Sanatatii Publice, precum și cele de acreditare.

Art. 76.

Medicul expert al asigurarilor sociale din cadrul casei teritoriale de pensii confirma sau infirma, prin referat motivat, faptul ca salvarea victimei impunea transportul de urgenta cu alte mijloace decat cele uzuale.

Art. 77.

(1) In cazul în care persoana indreptatita solicita rambursarea cheltuielilor ocazionate de confectionarea ochelarilor, aceasta trebuie sa prezinte urmatoarele: prescriptia medicului, documente din care sa reiasa ca ochelarii au fost deteriorati în timpul accidentului de munca (declaratia pe propria raspundere a victimei accidentului, declaratiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de munca).

(2) Cheltuielile ocazionate de confectionarea ochelarilor vor fi decontate integral, fara a se depasi pretul de referinta stabilit prin decizie a presedintelui CNPAS.

Art. 78.

(1) In cazul în care persoana indreptatita solicita rambursarea cheltuielilor ocazionate de confectionarea aparatelor acustice, aceasta trebuie sa prezinte urmatoarele: prescriptia medicului care trebuie sa fie insotita de audiograma tonala liminara și audiograma vocala, eliberate de o clinica de specialitate sau de un serviciu specializat, documente din care sa reiasa ca aparatul acustic a fost deteriorat în timpul accidentului de munca (declaratia pe propria raspundere a victimei accidentului, declaratiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de munca).

(2) In sensul prezentelor norme metodologice, prin sintagma aparat acustic se intelege proteza auditiva.

Art. 79.

În cazul în care persoana îndreptată să solicite rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea protezelor oculare, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că proteza oculară a fost deteriorată în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie de pe procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

Art. 80.

(1) Cererea, însoțită de documentele justificative sus-menționate, se depune la casa teritorială de pensii în raza careia s-a produs accidentul de muncă.

(2) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii poate solicita orice alte documente necesare în vederea emiterii deciziei de admitere/respingere a cererii de rambursare a cheltuielilor.

(3) Cererea de rambursare a cheltuielilor poate fi admisă în totalitate, admisă parțial sau respinsă.

(4) Împotriva deciziei de rambursare a cheltuielilor se poate face plângere la instanța judecătorească în a cărei rază teritorială se află domiciliul sau sediul reclamantului.

Art. 81.

(1) Nivelul maxim al preturilor de referință la care se acordă rambursările de cheltuieli prevăzute la art. 50 alin. (1) lit. a) și b) din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS și se actualizează anual cu coeficientul de inflație.

(2) Nivelul la care se acordă rambursări de cheltuieli pentru dispozitivele medicale implantabile prin intervenție chirurgicală este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin [H.G. 1.229/2005](#).

Art. 82.

(1) În vederea rambursării costurilor dispozitivelor medicale, implantabile prin intervenție chirurgicală, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile depune o cerere la casa teritorială de pensii în raza careia s-a produs accidentul de muncă.

(2) Modelul cererii este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(3) Solicitantul va atașa la cerere facturi și alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora, recomandarea medicului curant din care să rezulte necesitatea implantării, prin intervenție chirurgicală, a dispozitivului pentru care se solicită rambursarea.

CAPITOLUL IV

Comunicarea și constatarea accidentelor de muncă

Art. 83.

Dispozițiile prezentului capitol modifică și completează prevederile Normelor metodologice privind comunicarea, cercetarea, înregistrarea, raportarea, evidența accidentelor de muncă și declararea, confirmarea, înregistrarea, raportarea, evidența bolilor profesionale, precum și a celorlalți indicatori care definesc morbiditatea profesională, aprobate prin Ordinul ministrului muncii și protecției sociale nr. 388/1996, cu modificările ulterioare.

Art. 84.

(1) Comunicarea accidentelor de munca se va face și către casa teritorială de pensii în raza careia s-au produs acestea și va cuprinde următoarele informații:

a) denumirea/numele și prenumele angajatorului la care s-a produs accidentul și, dacă este cazul, denumirea/numele și prenumele angajatorului la care este/a fost angajat accidentatul;

b) sediul/adresa și numărul de telefon ale angajatorului;

c) locul unde s-a produs accidentul;

d) data și ora la care s-a produs accidentul/data și ora la care a decedat accidentatul;

e) datele personale ale victimei: numele și prenumele, ocupația, vârsta, starea civilă, vechimea în ocupație și la locul de muncă;

f) împrejurările care se cunosc și cauzele prezumtive;

g) consecințele accidentului;

h) unitatea medicală la care a fost internat accidentatul;

i) numele și funcția persoanei care comunică accidentul;

j) data comunicării.

(2) Comunicarea prevăzută la alin. (1) se va face, după caz, de angajator, organele de poliție sau de orice persoană care are cunoștința de producerea accidentului.

(3) Comunicarea incidentelor periculoase va fi transmisă și la casa teritorială de pensii și va cuprinde informațiile solicitate, prevăzute la alin. (1), mai puțin datele personale ale victimei.

Art. 85.

(1) În cazul accidentelor care au antrenat incapacitate temporară de muncă, cercetarea se va efectua, imediat după comunicare, de către angajatorul la care s-a produs evenimentul sau, după caz, de către casa teritorială de pensii.

(2) În cazul evenimentelor produse în activitățile nucleare, soldate cu victime, un exemplar al procesului-verbal de cercetare va fi înaintat, în termen de cel mult 5 zile de la data la care accidentul a fost comunicat, Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare și la casa teritorială de pensii.

Art. 86.

Cercetarea accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă se va încheia în cel mult 5 zile de la data producerii, cu excepția cazurilor când sunt necesare expertize, situații în care termenul se poate prelungi cu cel mult 5 zile, cu acordul casei teritoriale de pensii.

Art. 87.

(1) În vederea cercetării evenimentelor se întocmește un dosar care va cuprinde:

a) opisul actelor aflate în dosar;

- b) procesul-verbal de cercetare;
- c) schite și fotografii referitoare la eveniment;
- d) declaratia accidentatului/accidentatilor, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporara de munca sau de invaliditate;
- e) declaratiile martorilor și ale oricaror persoane care pot contribui la elucidarea imprejurarilor și a cauzelor reale ale producerii evenimentului;
- f) declaratiile persoanelor raspunzatoare de nerespectarea reglementarilor legale;
- g) copii de pe actele și documentele necesare pentru elucidarea imprejurarilor și a cauzelor reale ale evenimentului;
- h) orice alte documente și declaratii necesare pentru a determina caracterul accidentului;
- i) FIAM;
- j) copie de pe fisa de aptitudine la angajare sau de pe ultimul control medical periodic.

(2) In functie de eveniment, dosarul de cercetare va mai cuprinde, dupa caz:

- a) copie de pe autorizatie, în cazul în care victima, în momentul accidentului, desfasura o activitate care necesita autorizare;
- b) acte de expertiza tehnica, intocmite cu ocazia cercetarii evenimentului;
- c) actul medical emis de unitatea sanitara care a acordat asistenta medicala, din care sa rezulte diagnosticul provizoriu;
- d) copie de pe certificatul/certificatele de concediu medical, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporara de munca, care se va atasa la dosar dupa eliberarea de catre unitatea sanitara;
- e) actul emis de unitatea sanitara care a acordat asistenta medicala, din care sa rezulte data și ora cand accidentatul s-a prezentat pentru consultatie, precum și diagnosticul, în cazul accidentelor de traseu;
- f) orice acte doveditoare emise de organele autorizate și prezentate de accidentat, din care sa se poata stabili locul, data și ora producerii accidentului sau sa se poata justifica prezenta victimei la locul, ora și data accidentarii;
- g) copie de pe procesul-verbal de cercetare la fata locului, incheiat de serviciile politiei rutiere, în cazul accidentelor de circulatie pe drumurile publice;
- h) documente din care sa rezulte ca accidentatul indeplinea indatoriri de serviciu.

Art. 88.

(1) In vederea cercetarii accidentului urmat de incapacitate temporara de munca, angajatorul are obligatia sa numeasca prin decizie scrisa comisia de cercetare din care va face parte și o persoana din compartimentul de protectie a muncii/cu atributii speciale de protectia muncii.

(2) Comisia de cercetare a accidentului se recomanda a avea în componenta cel puțin 3 persoane.

(3) Dosarul de cercetare a accidentului urmat de incapacitate temporara de munca, intocmit de comisia de cercetare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, va fi inaintat, pentru verificare și avizare, la casa teritoriala de pensii din judetul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetarii.

(4) Casa teritoriala de pensii va aviza și va restitui dosarul în cel mult 7 zile de la data primirii.

(5) În cazul în care cercetarea nu a fost efectuată corespunzător, casa teritoriala de pensii poate dispune completarea dosarului sau, după caz, poate efectua o anchetă proprie.

Art. 89.

(1) Procesul-verbal de cercetare a evenimentelor va conține următoarele informații:

a) data încheierii procesului-verbal;

b) numele persoanelor care efectuează cercetarea accidentului și calitatea acestora, cu indicarea documentului potrivit căruia sunt îndreptățite să efectueze cercetarea, precum și instituția unde lucrează;

c) perioada și locul în care s-a efectuat cercetarea;

d) obiectul cercetării;

e) data și ora producerii evenimentului; în cazul în care s-a produs un accident și ulterior a survenit decesul victimei/victimelor implicate în acest accident, se va preciza și data decesului;

f) locul producerii evenimentului;

g) datele de identificare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, activitatea principală desfășurată de acesta și, dacă este cazul, datele de identificare a angajatorului la care este/a fost încadrat accidentatul;

h) datele de identificare a accidentatului/accidentatilor: numele, prenumele, cetățenia, vârsta, starea civilă, numărul de copii minori, domiciliul, locul de muncă la care este încadrat/sunt încadrați, profesia de bază, ocupația în momentul accidentării, vechimea în muncă, în funcție sau în meserie și la locul de muncă, iar pentru persoanele care, în momentul accidentării, desfășurau o activitate pentru care este necesară autorizare, se va face referire și la aceasta;

i) descrierea detaliată a locului, echipamentului tehnic, a împrejurărilor și modului în care s-a produs evenimentul, reconstituite, în special, în baza constatărilor făcute la locul accidentului, declarației conducătorului locului de muncă, declarației accidentatului/accidentatilor, declarațiilor martorilor și verificării altor acte și documente necesare stabilirii

imprejurărilor;

j) urmarile evenimentului și/sau urmarile suferite de accidentat/accidentati;

k) cauzele reale ale evenimentului, cu trimitere la reglementările legale în vigoare încălcate, precizându-se actele normative nerespectate, cu redarea integrală a textului acestora, după caz;

l) alte constatări făcute cu ocazia cercetării evenimentului;

m) persoanele răspunzătoare de încălcarea reglementărilor legale, cu trimitere la actele normative și la articolele încălcate, în condițiile precizate la lit. k);

n) sancțiunile contravenționale aplicate, cu precizarea prevederilor legale încălcate, și, după caz, propuneri pentru cercetare penală și/sau propuneri pentru sancțiuni administrative și/sau disciplinare;

o) angajatorul care va înregistra și va declara accidentul de muncă;

p) măsurile stabilite pentru prevenirea altor evenimente similare și soluționarea deficiențelor, precum și termenul de raportare la organele competente să efectueze cercetarea, după caz;

r) numărul de exemplare în care s-a încheiat procesul-verbal de cercetare a evenimentelor și repartizarea acestora;

s) semnatura persoanei/persoanelor care a/au efectuat cercetarea;

t) viza autorității competente să decida caracterul accidentului.

(2) Un exemplar al procesului-verbal de cercetare menționat la alin. (1) va fi înaintat și casei teritoriale de pensii.

Art. 90.

(1) În baza procesului-verbal de cercetare a evenimentelor întocmit de organele competente, angajatorul la care se înregistrează accidentul va completa FIAM, care va fi tipizat, conform modelului prevăzut în anexa nr. 16 la prezentele norme metodologice.

(2) FIAM se completează pentru fiecare persoană accidentată și constituie documentul de declarare oficială a accidentului de muncă.

(3) FIAM va purta semnatura și stampila reprezentantului legal al angajatorului, precum și semnatura și stampila conducătorului autorității competente să decida caracterul accidentului, după caz.

(4) FIAM se completează imediat după încheierea cercetării accidentului, conform instrucțiunilor de completare a FIAM aflate în vigoare.

(5) Un exemplar al FIAM va fi transmis casei teritoriale de pensii din județul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetării (o dată cu dosarul pentru avizare).

Art. 91.

(1) În baza formularelor de înregistrare a accidentelor de muncă și a proceselor-verbale de cercetare a incidentelor periculoase, casa teritorială de pensii și inspectoratul teritorial de muncă vor înregistra și vor ține evidența tuturor accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase înregistrate de angajatorii care au sediul pe teritoriul județului respectiv.

(2) Evidența se ține, de asemenea, în Registrul de evidența a accidentatilor în muncă și, respectiv, în Registrul de evidența a incidentelor periculoase, care se află la angajator.

CAPITOLUL V

Boli profesionale

Art. 92.

(1) Direcțiile de sănătate publică transmit caselor teritoriale de pensii fișele BP2.

(2) Fișele BP2 se primesc, prin registratura, la casa teritorială de pensii și sunt transmise către Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale.

Art. 93.

Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale transmite fișele BP2 pentru a fi verificate de Compartimentul de medicină muncii din cadrul INEMRCM.

Art. 94.

(1) În termen de 7 zile lucratoare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM va transmite acceptul diagnosticului de profesionalitate din fisa BP2 prin adresa care va contine:

- a) codul bolii conform clasificarii internationale a bolilor;
- b) codul de indemnizatie;
- c) codul bolii pentru care se accepta rambursarea de cheltuieli.

(2) În cazul în care se considera necesara reanalizarea dosarului medical de cercetare a bolii profesionale aflat la directia de sanatate publica, termenul se poate prelungi pana la finalizarea acesteia.

Art. 95.

Personalul specializat al Compartimentului de medicina muncii din cadrul INEMRCM are urmatoarele atributii:

- a) verifica fisele BP2 sau, dupa caz, dosarul medical de cercetare, în conformitate cu prevederile prezentului capitol;
- b) întocmeste informari semestriale cu privire la cauzele accidentelor de munca și bolilor profesionale;
 - c) monitorizeaza activitatea prestata de unitatile sanitare cu personalitate juridica în baza contractelor incheiate cu casele teritoriale de pensii;
- d) participa, dupa caz, la actiunile de prevenire.

Art. 96.

În cazul în care, ca urmare a analizarii dosarului medical de cercetare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM constata neconformitati ale dosarului, solicita directiei de sanatate publica competente reanalizarea acestuia.

CAPITOLUL VI

Prevenirea accidentelor de munca și a bolilor profesionale

Art. 97.

Prevenirea accidentelor de munca și a bolilor profesionale reprezinta activitatea principala a asiguratorului, destinata imbunatatirii conditiilor de munca.

Art. 98.

(1) În scopul desfasurarii activitatii de prevenire, CNPAS dispune de personal cu specializare tehnica sau medicala.

(2) În situatii temeinic justificate, la propunerea directorilor executivi ai caselor teritoriale de pensii, CNPAS aproba angajarea de personal cu pregatire juridica pentru activitatea de prevenire.

Art. 99.

În cadrul activității de prevenire se identifică următoarele acțiuni care au drept scop eliminarea sau reducerea riscurilor de accidente de muncă și boli profesionale:

- a) stabilirea de programe de prevenire, prioritare la nivel național, prin identificarea situațiilor cu riscuri mari de accidente de muncă și boli profesionale;
- b) stabilirea de programe de prevenire în baza situațiilor concrete identificate în timpul vizitelor la locurile de muncă;
- c) consiliere cu privire la cele mai potrivite metode de evaluare a riscurilor, adaptate specificului locului de muncă;
- d) efectuarea de recomandări cu caracter tehnic pentru remedierea situațiilor cu pericol potențial;
- e) propunerea efectuării și finanțării de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare la nivel național;
- f) consilierea angajatorilor la întocmirea instrucțiunilor proprii;
- g) recomandarea de măsuri de prevenire și urmărirea aplicării lor;
- h) elaborarea și propunerea de forme și mijloace de educare pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;
- i) consilierea angajatorilor cu privire la implementarea managementului securității și sănătății în muncă;
- j) cercetarea accidentelor cu incapacitate temporară de muncă și stabilirea caracterului de muncă al acestora, care se vor face în conformitate cu prevederile [Legii 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

CAPITOLUL VII

Organizarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Criterii de autorizare a asociațiilor profesionale

Art. 100.

În vederea îndeplinirii dispozițiilor art. 84 alin. (4) din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, CNPAS stabilește criteriile de autorizare a asociațiilor profesionale.

Art. 101.

(1) Criteriile utilizate în vederea autorizării asociațiilor profesionale sunt structurate după cum urmează:

- a) statutul juridic;
- b) organizare și funcționare;
- c) mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității specifice;
- d) criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale.

(2) În funcție de situația concretă a furnizorilor de servicii de prevenire pot fi adoptate și criterii suplimentare.

Statutul juridic

Art. 102.

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să fie asociații profesionale române, constituite în condițiile **O.G. 26/2000** cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare.

Organizare și funcționare

Art. 103.

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să dispună de o conducere și o structură administrativ-organizatorică, care să confere independența de decizie în afara oricărui interes și imparțialitate în judecarea și instrumentarea solicitărilor.

Art. 104.

În cazul în care asociațiile profesionale solicită autorizarea pentru mai multe domenii de specialitate, corespunzătoare profilului unor grupe specializate de activitate de prevenire diferite, implicând și un volum mare de activitate de prevenire, în structura lor organizatorică trebuie să existe un compartiment sau un coordonator de activitate de prevenire, pentru a asigura armonizarea și coordonarea procedurală, precum și lucrările de secretariat și evidența aferente acestei activități.

Art. 105.

Îndeplinirea acestor criterii și condiții se demonstrează prin documentele care stabilesc funcțiile de conducere și compartimentele implicate în activitatea de prevenire, atribuțiile și responsabilitățile aferente, precum și relațiile dintre acestea: organigrama, regulamentul de organizare și funcționare (ROF), alte regulamente și proceduri.

Art. 106.

Astfel, pentru activitatea de prevenire asociațiile profesionale trebuie să demonstreze că pentru fiecare dintre activitățile solicitate există unul sau mai mulți specialiști care sunt formați pentru aceste domenii.

Mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității

Art. 107.

(1) Asociațiile profesionale au obligația de a face dovada existenței mijloacelor tehnice și logistice, precum și a resurselor necesare pentru desfășurarea adecvată a activității de elaborare a programelor de prevenire în domeniile de specialitate aferente, astfel încât să se poată fundamenta conținutul programului de prevenire și aprecierea aferentă, în vederea garantării aptitudinii la utilizare în societăți a procedurilor care fac obiectul programului.

(2) Prezentarea acestor mijloace tehnice și logistice trebuie să cuprindă:

a) numărul total de personal, din care personal cu studii superioare (din care personal atestat) defalcate pe domeniile de specialitate aferente activității de prevenire;

b) lista dotarilor tehnice (echipamente) și logistice (tehnica de calcul, software) existente, absolut necesare pentru desfasurarea activitatii în domeniile de specialitate respective.

Art. 108.

Situatia financiara, menita sa asigure stabilitate și suport financiar adecvat pentru desfasurarea activitatilor specifice fara presiuni exterioare de orice natura, se demonstreaza prin indicatorii și mijloacele financiare rezultate din ultimul bilant anual și din bugetul pe anul în curs (sau din alte documente în ceea ce priveste: cifra de afaceri, profit sau pierderi, finantarea activitatii etc.).

Art. 109.

Asociatiile profesionale trebuie sa dispuna de un sistem propriu de management al calitatii certificat. Criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociatiilor profesionale

Art. 110.

Prin criteriile deontologice pentru personalul asociatiilor profesionale se urmareste indeplinirea urmatoarelor cerinte:

- a) asigurarea obiectivitatii și impartialitatii în executarea activitatii specifice;
- b) pastrarea secretului profesional;
- c) asigurarea independentei personalului în instrumentarea activitatilor și luarea deciziilor aferente.

Art. 111.

Evaluarea acestor criterii se face pe baza prevederilor din documentele interne ale asociatiilor profesionale.

Art. 112.

(1) În acelasi timp, prin indeplinirea criteriilor deontologice se are în vedere nivelul de confidentialitate și securitate al activitatii și documentelor specifice.

(2) Nivelul de confidentialitate și securitate se evalueaza pe baza urmatoarelor subcriterii:

- a) asigurarea confidentialitatii informatiilor vehiculate în cadrul desfasurarii activitatii de prevenire și a celor cuprinse în documentele elaborate și arhivate;
- b) limitarea accesului la documentele din arhiva prin dispozitii scrise ale conducerii furnizorilor de servicii de prevenire;
- c) luarea de masuri pentru ca personalul implicat în activitatea de prevenire sa nu aiba acces la elementele de secret profesional care nu il privesc;
- d) limitarea prin masuri specifice a difuzarii elementelor confidentiale catre intreaga masa a personalului din cadrul furnizorului de servicii de prevenire;
- e) luarea de masuri pentru pastrarea în siguranta a documentelor privind activitatea de prevenire.

(3) Evaluarea acestor criterii se face în baza prevederilor din documentele interne ale furnizorilor de servicii de prevenire.

CAPITOLUL VIII

Contributiile de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale

Art. 113.

În conformitate cu prevederile art. 99 alin. (1) din [Legea 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, tarifele și clasele de risc se stabilesc potrivit normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului.

CAPITOLUL IX

Dispoziții finale

Art. 114.

CNPAS și CNAS pot încheia un protocol de colaborare pentru buna desfășurare a activității de reabilitare medicală și recuperare a capacității de muncă.

Art. 115.

(1) Pentru serviciile medicale prevăzute la art. 14 alin. (1), acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în cazul bolilor profesionale, CNPAS, prin casele teritoriale de pensii, poate încheia contracte direct cu acestea.

(2) În vederea decontării serviciilor medicale acordate conform alin. (1), unitățile sanitare cu personalitate juridică vor respecta procedurile prevăzute la art. 15, 16, 17 și la art. 18 alin. (1), (4) și (18).

ANEXA 1¹

)

la normele metodologice

1) Anexa nr. 1 este reprodusă în facsimil.

Nr. ... din ziua ..., luna ..., anul ...

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale

1. DATE DE IDENTIFICARE:

S.C. ...

Localitatea: ...

Strada: ... Nr. ...

Sector: ... Judet: ... Cod Postal: ...

Telefon: ... Fax: ...

E-mail: ...

Numele și prenumele ... (administratorului/directorului general)

Nr. inreg. Reg. Comertului ... Cod fiscal: ...

Cont bancar: ...

Banca: ...

2. ACTIVITATI DESFASURATE IN CADRUL SOCIETATII:

Se vor nominaliza toate activitatile cupersonal angajat în ordinea nr. de persoane din societate	Cod CAEN	Nr. persoane (P)	% din total P
2.1
2.2
2.3
2.4
TOTAL			1,00 %

3. Date statistice privind accidentele de munca și boli profesionale (se completeaza pentru fiecare activitate enumerata la pct. 2)

DATE STATISTICE/ACTIVITATE	ANUL*)			medie
	200_	200_	200_	
2.1. ...				
Numar total accidente de munca, din care:				
a) accidente de traseu (ITM/INV/decese)				
b) accidente soldate cu invaliditate/deces (fara traseu)				
Numar total cazuri noi de imbolnaviri profesionale				
Numar salariatii incadrati în conditii deosebite				
Numar salariatii incadrati în conditii speciale				

DATE STATISTICE/ACTIVITATE	ANUL*)			medie
	200_	200_	200_	
2.2. ...				
Numar total accidente de munca, din care:				
a) accidente de traseu (ITM/INV/decese)				
b) accidente soldate cu invaliditate/deces (fara traseu)				
Numar total cazuri noi de imbolnaviri profesionale				

Numar salariatii incadrati în conditii deosebite				
Numar salariatii incadrati în conditii speciale				

DATE STATISTICE/ACTIVITATE	ANUL*)			medie
	200_	200_	200_	
2.3. ...				
Numar total accidente de munca, din care:				
a) accidente de traseu (ITM/INV/decese)				
b) accidente soldate cu invaliditate/deces (fara traseu)				
Numar total cazuri noi de imbolnaviri profesionale				
Numar salariatii incadrati în conditii deosebite				
Numar salariatii incadrati în conditii speciale				

DATE STATISTICE/ACTIVITATE	ANUL*)			medie
	200_	200_	200_	
2.4. ...				
Numar total accidente de munca, din care:				
a) accidente de traseu (ITM/INV/decese)				
b) accidente soldate cu invaliditate/deces (fara traseu)				
Numar total cazuri noi de imbolnaviri profesionale				
Numar salariatii incadrati în conditii deosebite				
Numar salariatii incadrati în conditii speciale				

Sub sanctiunile aplicate falsului în acte publice, declar ca am examinat aceasta declaratie și în conformitate cu informatiile furnizate, o declar corecta și completa.

Numele ...

Prenumele ...

Data ...

Functia**) ...

Semnatura și stampila ...

*) Se vor completa datele aferente ultimilor 3 ani.

**) Director General sau alta persoana autorizata.

ANEXA 2

la normele metodologice

CASA NATIONALA DE PENSII SI ALTE DREPTURI DE ASIGURARI SOCIALE

CASA TERITORIALA DE PENSII ...

Nr. de inregistrare .../...

CONTRACT INDIVIDUAL DE ASIGURARE

ARTICOLUL 1 - Partile contractante

Casa Judeteana de Pensii ..., denumita în continuare Casa, cu sediul în localitatea ..., str. ... nr. ..., în calitate de asigurator, reprezentata de doamna/domnul ..., în calitate de director executiv,

si

..., fiul/fiica lui ... și al/a ..., nascut/nascuta în ..., pe data de ..., posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria ... numarul ..., eliberat de ... la data de ..., CNP ..., cu domiciliul în localitatea ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., ap. ..., judetul/sectorul ..., în calitate de asigurat,

au incheiat prezentul contract.

ARTICOLUL 2 - Obiectul contractului

2.1. Asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, prin acordarea de prestatii pentru reabilitarea victimelor accidentelor de munca și ale bolilor profesionale, precum și consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expusi asiguratii în timpul exercitarii profesiei lor, reglementate prin [Legea 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificarile și completarile ulterioare.

2.2. Prezentul contract intra în vigoare la data inregistrarii la Casa.

ARTICOLUL 3 - Condițiile de asigurare

3.1. Cota de contributie este de 1% din venitul asigurat.

3.2. Venitul asigurat este de:

3.3. Cuantumul contributiei este de:

3.4. Contul în care se plateste contributia, deschis la Trezoreria Judetului/Sectorului ... pe seama Casei este

3.5. Plata se poate face și în numerar, la casieria Casei, sau prin alte mijloace de plata prevazute de lege.

3.6. Plata contributiei se efectueaza pana în ultima zi lucratoare a lunii pentru care se datoreaza contributia.

ARTICOLUL 4 - Obligatiile asiguratorului

4.1. Asiguratorul se obliga la urmatoarele servicii și prestatii, dupa caz:

4.1.1. Reabilitare medicala:

- a) asistenta medicala de urgenta la locul accidentului, în mijloace de transport specializate și în unitati spitalicesti;
- b) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;
- c) servicii medicale, în spitale sau clinici specializate pentru accidente sau boli profesionale;
- d) tratament de recuperare a capacitatii de munca, în unitati de specialitate;
- e) servicii de chirurgie reparatorie;
- f) cure balneoclimaterice.

4.1.2. Recuperarea capacitatii de munca:

- a) In vederea diminuarii sau compensarii deficientelor de sanatate suferite prin accidente de munca sau boli profesionale, asiguratii au dreptul la dispozitive medicale stabilite prin normele metodologice de aplicare a legii.
- b) Pentru recuperarea capacitatii de munca, asiguratii beneficiaza de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asiguratorului.

4.1.3. Asistenta tehnica pentru promovarea și stimularea activitatilor de prevenire a accidentelor de munca și a bolilor profesionale, în conditiile prevazute de lege.

4.2. Asiguratorul preia în sarcina sa cheltuielile pentru urmatoarele prestatii și servicii:

- a) plata indemnizatiei pentru incapacitate temporara de munca, a indemnizatiei pentru trecerea temporara în alt loc de munca, a indemnizatiei pentru reducerea timpului de munca și a indemnizatiei pentru reconversie profesionala;
- b) contravaloarea serviciilor medicale mentionate mai sus;
- c) compensatii pentru atingerea integritatii rezultate în urma unui accident de munca sau a unei boli profesionale;
- d) despagubire în caz de deces.

ARTICOLUL 5 - Obligatiile asiguratului

Asiguratul are urmatoarele obligatii:

- 5.1. sa prezinte în termenul prevazut de lege declaratia de venituri;
- 5.2. sa notifice asiguratorului orice modificare privind datele din declaratia de venituri;
- 5.3. sa plateasca contributia de asigurare stabilita, în termenul prevazut de prezentul contract.

Neplata contributiei de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale la termenul prevazut în contract genereaza dobanzi pentru fiecare zi calendaristica, potrivit legii;

- 5.4. sa promoveze prevenirea riscurilor profesionale conform masurilor stabilite cu asiguratorul, în baza activitatii de consiliere depuse;
- 5.5. sa prezinte în termenele stabilite de lege toate documentele justificative;
- 5.6. sa urmeze și sa respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul asiguratorului.

ARTICOLUL 6 - Alte clauze

- 6.1. Neplata contributiei de catre asigurat atrage neacordarea dreptului la prestatii, pana la achitarea contributiei datorate și a majorarilor de intarziere aferente.
- 6.2. Pentru modificarile notificate asiguratorului de catre asigurat se vor incheia acte aditionale la contractul de baza.
- 6.3. Neplata contributiei de asigurare pe o perioada de 3 luni consecutive constituie pentru asigurator motiv de reziliere a contractului individual de asigurare.
- 6.4. Calitatea de asigurat se redobandeste dupa incheierea unui nou contract individual de asigurare.
- 6.5. Contributia de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale nu este impozabila.
- 6.6. Asiguratul are obligatia de a se prezenta la sediul Casei atunci cand este solicitat, respectiv la termenul prevazut în invitatie.
- 6.7. In cazul rezilierii contractului, contributia de asigurare pentru accidente de munca și boli profesionale achitata nu se restituie.
- 6.8. In caz de forta majora, partile contractante sunt exonerate de raspundere pentru neexecutarea sau executarea necorespunzatoare ori cu intarziere a obligatiilor asumate prin prezentul contract. Cazul de forta majora se dovedeste de partea care o invoca.
- 6.9. Litigiile în legatura cu executarea prezentului contract, nesolutionate între parti pe cale amiabila, se solutioneaza de instantele competente potrivit legii.

Asigurator,

director executiv, ...

Asigurat, ...

ANEXA 3

la normele metodologice

PROCEDURA

de contractare și plata a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitatile sanitare cu personalitate juridica

Art. 1.

(1) Serviciile medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitatile sanitare cu personalitate juridica, de catre medicii de medicina muncii, în conformitate cu legislatia în vigoare și curricula de pregatire în specialitate, sunt urmatoarele:

- consultatii;
- stabilirea diagnosticului bolii profesionale;
- investigatii pentru stabilirea caracterului de profesionalitate;
- tratamente;
- ingrijire, medicamente, materiale sanitare;
- cazare și masa aferente cazurilor investigate internate.

(2) Serviciile medicale prevazute la alin. (1) se acorda în unitatile sanitare cu personalitate juridica, aflate în structura spitalelor, și cuprind servicii medicale acordate în exclusivitate cazurilor de boli profesionale.

(3) Serviciile medicale reprezinta totalitatea interventiilor medicale necesare pentru rezolvarea unui caz.

(4) Serviciile medicale acordate în cazurile de boli profesionale sunt urmatoarele:

a) servicii medicale spitalicesti pentru patologii care necesita internare prin spitalizare continua, pentru pacientii carora li se acorda asistenta medicala pe toata perioada necesara stabilirii diagnosticului de profesionalitate sau pentru reevaluarea cazului confirmat și care necesita supraveghere medicala continua, denumita în continuare spitalizare continua;

b) servicii medicale spitalicesti care nu necesita internare, prestate în regim de spitalizare de zi, pentru pacientii care nu necesita supraveghere pe o durata mai mare de 12 ore, denumita în continuare spitalizare de zi;

c) servicii medicale ambulatorii acordate în cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor, denumite în continuare ambulatoriu.

Art. 2.

(1) Acordarea serviciilor medicale pentru cazurile de boli profesionale furnizate de unitatile sanitare cu personalitate juridica, în calitate de furnizori de servicii medicale, se face în baza contractelor și a actelor aditionale incheiate între unitatile sanitare cu personalitate juridica, pe de o parte, și casele teritoriale de pensii în a caror raza teritoriala isi au sediul, pe de alta parte.

(2) Contractarea și decontarea serviciilor medicale prevazute la alin. (1), acordate asiguratilor, se fac în functie de numarul de cazuri care primesc servicii medicale, indiferent de casele teritoriale de pensii în evidenta carora se afla acestea.

Art. 3.

(1) În vederea incheierii contractelor cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor prezenta date statistice necesare fundamentarii tarifelor și numarului de cazuri ce urmeaza a fi contractate, pentru fiecare tip de serviciu medical prevazut la art. 1 alin. (4), precum și o lista a serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea.

(2) În vederea fundamentarii tarifelor și numarului de cazuri ce urmeaza a fi contractate pentru fiecare tip de serviciu medical, spitalele vor prezenta urmatoarele date statistice:

- cheltuieli ale fiecărei secții/clinici de boli profesionale, precum și ale fiecărui cabinet de medicina muncii aflat în structura spitalului în cauza, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcăt pe cheltuieli de personal, cheltuieli pentru utilități și cheltuieli pentru medicamente;
- numărul de cazuri externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcăt pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- numărul de cazuri, cu boala profesională confirmată, externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcăt pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- cheltuielile materiale pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi, calculate pe baza tarifelor stabilite prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate;
- numărul de cazuri externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi;
- numărul de cazuri cu boala profesională confirmată, externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi.

Tipurile de intervenții efectuate în spitalizarea de zi, continuă și în ambulatoriu sunt cele prevăzute în lista P1.

(3) La întocmirea listei serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea, spitalele vor avea în vedere criteriile de internare prevăzute în lista P2.

Art. 4.

(1) Plata serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică se face cu încadrarea în limita sumelor aprobate cu această destinație, pe baza următoarelor elemente:

a) tarif mediu negociat pe caz cu boala profesională confirmată, externat/rezolvat după acordarea de servicii medicale;

b) număr negociat de cazuri, cu boala profesională confirmată, externate/rezolvate.

(2) Valoarea totală contractată de unitățile sanitare cu personalitate juridică cu casele teritoriale de pensii se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi;

c) suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boala profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, cu numărul negociat de cazuri cu boala profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boala profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boala profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi.

(5) Suma aferenta serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor se determina prin inmultirea tarifului mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, dupa acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numarul negociat de cazuri cu boala profesionala confirmata, externate dupa acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor.

(6) Tariful mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale spitalicesti, se negociaza separat, pe spitalizare continua sau de zi, dupa caz, în functie de cheltuielile sectiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalului în cauza, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectueaza contractarea și de numarul de cazuri externate dupa acordarea de servicii medicale spitalicesti efectuate în regim de spitalizare continua sau de zi, dupa caz, în aceeași perioada.

(7) Fundamentarea tarifului mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continua, se face în functie de totalitatea cheltuielilor sectiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii, aflate în subordinea spitalului în cauza.

(8) Tariful mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, reprezinta maximum 1/3 din tariful mediu pe caz negociat pentru cazurile rezolvate prin spitalizare continua.

La fundamentarea acestui tarif nu se iau în calcul cheltuielile care au fost acoperite prin tariful mediu negociat pe caz rezolvat prin internare continua, cum ar fi cheltuielile de personal, cheltuielile pentru utilitati etc.

Tariful mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, se calculeaza ca media ponderata a costurilor serviciilor medicale și nemedicale estimate a fi necesare rezolvarii cazurilor contractate, stabilite în functie de morbiditatea internata în anii anteriori.

(9) Numarul negociat de cazuri cu boala profesionala confirmata, externate/rezolvate dupa acordarea de servicii medicale, se negociaza separat, pe spitalizare continua, de zi sau ambulatoriu, dupa caz, avandu-se în vedere urmatoarele elemente:

- evolutia cazurilor de boala profesionala confirmate și externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectueaza contractarea, la nivelul sectiei/clinicii de boli profesionale, în functie de numarul de paturi;
- numarul de paturi existent la data incheierii contractului;
- nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor;
- durata de spitalizare efectiv realizata în anul precedent;
- numarul de personal existent în sectiile/clinicile de boli profesionale, conform structurii aprobate.

Numarul anual de cazuri externate negociat se defalca pe trimestre.

(10) Din sumele contractate pentru rezolvarea cazurilor în regim de spitalizare continua sau de zi se vor acoperi cheltuielile privind investigatiile paraclinice, pentru bolnavii internati în sectiile/clinicile de boli profesionale, efectuate în alte unitati spitalicesti sau în unitati ambulatorii de specialitate, în situatiile în care spitalul respectiv nu detine dotarea necesara.

Art. 5.

Pentru decontarea serviciilor medicale acordate în caz de boala profesionala și contractate cu unitatile sanitare cu personalitate juridica, casele teritoriale de pensii vor proceda dupa cum urmeaza:

a) decontarea se efectueaza lunar, în limita sumelor contractate, separat pentru fiecare tip de spitalizare, în functie de:

- numarul de cazuri cu boala profesionala confirmata, externate/rezolvate și validate de casa teritoriala de pensii din punct de vedere al respectarii criteriilor de internare;

- tariful mediu negociat pe caz de boala profesionala confirmata, externat pentru spitalizare continua sau de zi;

b) trimestrial, pentru fiecare tip de spitalizare, în functie de numarul de externari realizat, cumulat de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv, și tariful mediu negociat pe caz, tinand cont și de numarul de externari contractat, se efectueaza o regularizare.

In situatia în care numarul de externari/rezolvari realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continua, de zi sau pentru ambulatoriu, dupa caz, este mai mic decat numarul de externari contractat pentru spitalizarea continua, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, decontarea se face la nivelul realizat.

In situatia în care numarul de externari/rezolvari realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continua, de zi sau pentru ambulatoriu, dupa caz, este mai mare decat numarul de externari/rezolvari contractat pentru spitalizarea continua, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, se poate accepta la decontare o depasire cu maximum 10% a numarului de externari/rezolvari pentru fiecare tip de spitalizare.

Casele teritoriale de pensii pot accepta la decontare aceste depasiri daca sectiile/clinicile de boli profesionale au luat decizia de crestere a numarului de internari, dupa epuizarea posibilitatii de inscriere pe listele de asteptare a cazurilor programabile, iar aceasta depasire se incadreaza în fondurile alocate cu aceasta destinatie la nivelul caselor teritoriale de pensii.

Art. 6.

(1) Asiguratii suporta contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare si/sau masa) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard se intelege:

- în ceea ce priveste cazarea, salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fara dotari suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer conditionat și altele asemenea);

- în ceea ce priveste masa, cea acordata la nivelul alocatiei de hrana stabilite prin acte normative.

(2) Contributia personala a asiguratilor reprezinta diferenta dintre tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort și cele corespunzatoare confortului standard.

Art. 7.

(1) Serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acorda asiguratilor pe baza de recomandare medicala, numai în cazul afectiunilor în care nu exista alte posibilitati de explorare. Investigatiile mentionate mai sus se efectueaza pe baza fiselor de solicitare similare celor utilizate în sistemul asigurarilor sociale de sanatate, la care se ataseaza, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigatii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atat pacientilor internati, cat și asiguratilor carora li se recomanda aceste servicii medicale în regim ambulatoriu.

Art. 8.

Unitatile sanitare cu personalitate juridica suporta din sumele contractate cu casele teritoriale de pensii suma aferenta transportului interspitalicesc pentru asiguratii care necesita conditii suplimentare de

stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultatiilor și investigatiilor paraclinice, precum și suma aferenta transportului pentru asiguratii transferati în alte unitati spitalicesti, numai pentru situatiile de boli profesionale confirmate.

Art. 9.

(1) Suma anuala prevazuta în contractul de furnizare de prestatii medicale incheiat cu casele teritoriale de pensii se defalca de catre spitale pe trimestre și luni caselor teritoriale de pensii.

(2) Casa teritoriala de pensii deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor în luna precedenta, în primele 10 zile lucratoare ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, conditionat de existenta urmatoarelor documente:

- factura și documentele justificative insotitoare;

- fisa BP2 de declarare a bolii profesionale.

(3) Pentru incadrarea în sumele contractate cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor intocmi liste de asteptare pentru cazurile programabile.

(4) Spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii, pana la data de 5 a lunii curente pentru luna precedenta, realizarea indicatorilor contractati.

(5) Trimestrial, pana la data de 5 a lunii urmatoare expirarii unui trimestru, spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati, în vederea regularizarii trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestriala se fac în primele 25 de zile ale lunii urmatoare trimestrului incheiat.

Art. 10.

Contractele pentru furnizarea prestatiilor medicale acordate în spitale se semneaza, din partea spitalelor, de catre personalul din conducerea spitalului - directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate si, dupa caz, directorul de ingrijiri și directorul pentru reforma - care raspunde, în conditiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atat cu ocazia negocierii contractelor, cat și cu ocazia raportarii datelor în cursul executiei, iar din partea caselor teritoriale de pensii, de catre directorul executiv, directorul executiv adjunct economic. Contractul este vizat de catre un reprezentant al compartimentului de accidente și boli profesionale din cadrul casei teritoriale de pensii.

ANEXA 4

*)

la normele metodologice

*) Anexa 4 este reprodusa în facsimil.

LISTA P1

LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE IN CLINICI/SECTII DE BOLI PROFESIONALE - SPITALIZARE DE ZI

Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal
--------------------------------	---------------

		decontat
MEDICINA MUNCII		
1	Consultatia initiala de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesionala, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunitatii internarii). Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia profesionala.	
2	Consultatia de control include efectuarea si/sau interpretarea unor investigatii complementare specifice, reevaluari, tratament etc. Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesionala.	
3	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
4	Spirometrie (efectuare, interpretare).	
5	Aerosoli/caz (sedinta).	
6	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
7	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
8	Examen electromiografic (efectuare, interpretare).	
9	Audiometrie la casti (tonala) (efectuare, interpretare).	
10	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
11	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
12	Evaluare psihologica.	
13	Psihoterapie.	
14	Probe functionale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
15	Acordarea asistentei medicale de urgenta pentru cazurile de urgenta medico-chirurgicala.	
16	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare).	
17	Gazometrie (efectuare, interpretare).	
18	Pletismografie (efectuare, interpretare).	
19	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumocomoze.	
20	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
21	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE IN CLINICI/SECTII DE BOLI PROFESIONALE - SPITALIZARE CONTINUA

	Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal decontat
MEDICINA MUNCII		
1	Consultatia initiala de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesionala, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunitatii internarii). Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia profesionala.	
2	Consultatia de control include efectuarea si/sau interpretarea unor investigatii complementare specifice, reevaluari, tratament etc. Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesionala.	
3	Teste cutanate (prick, patch sau IDR) cu seturi standard de alergenI - inclusive profesionalI - (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ) (efectuare, interpretare).	

4	Teste de provocare nazala, oculara, bronsica (efectuare, interpretare).	
5	Teste cutanate la agenti fizici (maximum 4 teste) (efectuare, interpretare).	
6	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
7	Spirometrie (efectuare, interpretare).	
8	Aerosoli/caz (sedinta)	
9	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor (efectuare, interpretare).	
10	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
11	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
12	Examen electromiografic (efectuare, interpretare).	
13	Audiometrie la casti (tonala) (efectuare, interpretare).	
14	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
15	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
16	Evaluare psihologica.	
17	Psihoterapie.	
18	Probe functionale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
19	Acordarea asistentei medicale de urgenta pentru cazurile de urgenta medico-chirurgicala.	
20	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare).	
21	Gazometrie (efectuare, interpretare).	
22	Pletismografie (efectuare, interpretare).	
23	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumoconioze.	
24	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
25	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

NOTA: Serviciile medicale preventive (examenul medical la angajare, controlul medical de adaptare, controlul medical periodic, examenul medical la reluarea activitatii, consultatii spontane) nu fac obiectul prezentului contract. Costul acestor servicii medicale preventive este suportat direct de catre angajator.

LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE IN SISTEM AMBULATORIU PRIN CABINETELE DE MEDICINA MUNCII AFLATE IN STRUCTURA SPITALELOR

	Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal decontat
MEDICINA MUNCII		
1	Consultatia initiala de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesionala, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunitatii internarii). Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia profesionala.	
2	Consultatia de control include efectuarea si/sau interpretarea unor investigatii complementare specifice, reevaluari, tratament etc. Recomandari privind reabilitarea medicala, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesionala.	
3	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
4	Spirometrie (efectuare, interpretare).	

5	Aerosoli/caz (sedinta)	
6	Spirograma (efectuare, interpretare).	
7	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
8	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
9	Audiometrie la casti (tonala) (efectuare, interpretare).	
10	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
11	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
12	Probe functionale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
13	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
14	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

NOTA: Serviciile medicale preventive (examenul medical la angajare, controlul medical de adaptare, controlul medical periodic, examenul medical la reluarea activitatii, consultatii spontane) nu fac obiectul prezentului contract. Costul acestor servicii medicale preventive este suportat direct de catre angajator.

ANEXA 5

*)

la normele metodologice

*) Anexa nr. 5 este reprodusa în facsimil.

LISTA P2

Criterii de trimitere și criteriile de internare în clinici/sectii de boli profesionale

1. CRITERII DE TRIMITERE:

- Suspiciune de boala profesionala
- Diagnostic de boala profesionala confirmata

2. Criterii de internare:

- investigarea pacientilor în vederea stabilirii diagnosticului de boala profesionala.
- asistenta medicala preventiva, curativa, de recuperare/reabilitare medicala și paliativa pe toata durata necesara rezolvarii complete a cazului respectiv, pentru pacientii diagnosticati cu boli profesionale.
- tratamentul nu poate fi aplicat în conditiile asistentei medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil sau necesita supraveghere medicala continua.
- urgente medicale și situațiile în care este pusa în pericol viata pacientului sau au acest potential, care necesita supraveghere medicala continua.
- alte situatii bine justificate de catre medicul care face internarea și avizate de medicul sef de sectie.

Documente necesare pentru internare în clinici/sectii de boli profesionale:

1. Bilet de internare cu suspiciunea de boala profesionala sau cu diagnostic de boala profesionala confirmata eliberat de medicul de medicina muncii, medicul de familie, medicul de alta specialitate.

2. Document de obiectivizare a expunerii profesionale:

- Fisa de expunere la riscuri profesionale semnata de angajator.

Nota: Fac exceptie: situatia de faliment a intreprinderii și bolnavii aflatii în evidenta clinicii/sectiei boli profesionale cu boala profesionala.

- Copie dupa carnet de munca sau alt document care atesta ruta profesionala.

3. Adeverinta de salariat/talon de pensie.

4. Buletin de identitate/Carte de identitate

5. Adeverinta de la DSP ca este inregistrat cu boala profesionala (declarata) din anul

ANEXA 6

*)

la normele metodologice

*) Anexa 6 este reprodusa în facsimil.

Contractare servicii medicale în unitati sanitare cu personalitate juridica - definitii

VTC:	Valoarea totala contractata;
S:	Servicii medicale;
S-SC:	Servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare continua;
S-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
S-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
NCE:	Numar de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate;
NCE-SC:	Numar de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate dupa acordarea de servicii medicale spitalicesti efectuate în regim de spitalizare continua;
NCE-SZ:	Numar de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate dupa acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NCE-CM:	Numar de cazuri, cu boala profesionala confirmata, rezolvate dupa acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
SC:	Servicii medicale contractate;
SC-SC:	Servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare continua, contractate;
SC-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, contractate;
SC-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor, contractate;
TMNCE:	Tarif mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat;
TMNCE-SC:	Tarif mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare continua;
TMNCE-SZ:	Tarif mediu negociat pe caz cu boala profesionala confirmata, externat dupa acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;

NNCE:	Numar negociat de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate;
NNCE-SC:	Numar negociat de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate dupa acordarea de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare continua;
NNCE-SZ:	Numar negociat de cazuri, cu boala profesionala confirmata, externate dupa acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NNCE-CM:	Numar negociat de cazuri, cu boala profesionala confirmata, rezolvate dupa acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;

Formule de calcul:

$$SC-SC = TMNCE-SC * NNCE-SC$$

$$SC-SZ = TMNCE-SZ * NNCE-SZ$$

$$SC-CM = TMNCE-SZ * NNCE-CM$$

$$VTC = SUMA [SC-SC] + SUMA [SC-SZ] + SUMA [SC-CM]$$

ANEXA 7

la normele metodologice

Unitatea sanitara ...

Localitatea ...

Judetul/Sectorul ...

Nr. contract cu Casa de Asigurari de Sanatate ...

REFERAT MEDICAL*)

Subsemnatul/Subsemnata dr. ..., medic primar/specialist, cu cod parafa ..., transmit urmatoarele date în legatura cu starea de sanatate a domnului/doamnei ..., CNP ..., cu domiciliul în ..., str. ... nr. ..., judetul/sectorul ..., de profesie ..., angajat/angajata (da/nu) la Este în evidenta de la data de Diagnosticul clinic la data luarii în evidenta ...

Diagnosticul clinic actual ...

Examen obiectiv ...

A fost internat/internata în spital**)...

Investigatii clinice, paraclinice**) ...

Tratamente urmate ...

Plan de recuperare ...

Prognostic recuperator ...

Se afla în incapacitate temporara de munca de la data de ... și a totalizat un numar de ... zile de concediu medical, la data de

Propun, dupa caz:

a) prelungirea concediului medical, considerand ca bolnavul/bolnava este recuperabil/recuperabila, cu ... zile, de la ... pana la ...;

b) pensionarea de invaliditate temporara, considerand ca bolnavul/bolnava nu este recuperabil/recuperabila în limitele duratei concediului medical prevazut de lege.

Nr. ... data ...

Medic primar/specialist,

... (parafa și stampila unitatii sanitare)

*) Necompletarea tuturor rubricilor determina invalidarea referatului.

***) Se vor anexa rezultatele, biletele de iesire din spital.

ANEXA 8

la normele metodologice

CERERE

pentru acordarea de dispozitive medicale

Catre

CASA TERITORIALA DE PENSII ...

Subsemnatul/Subsemnata ..., avand codul numeric personal ..., domiciliat/domiciliata în localitatea ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judetul/sectorul ..., posesor/posesoare al/a actului de identitate seria ... nr. ..., eliberat de ... la data de ..., nascut/nascuta la data de ... în localitatea/judetul ..., fiul/fiica lui ... și al/a ..., angajat/angajata sau fost/fosta angajat/angajata la ..., solicit aprobarea achizitionarii unui/unei ... în conformitate cu art. 23 alin. (2) lit. f) și art. 24 din **Legea 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificarile și completarile ulterioare.

În acest scop depun urmatoarele acte:

- recomandare medicala nr. ... din data de ...

Declar pe propria raspundere, sub sanctiunile prevazute de Codul penal pentru declaratii neadevarate, ca:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurata;

- primesc/nu primesc din alta sursa un/o

Ma oblig sa anunt, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restituiesc integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data ...

Semnatura ...

ANEXA 9

la normele metodologice

CASA NATIONALA DE PENSII SI ALTE DREPTURI DE ASIGURARI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii ...

INVITATIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la spitalul/policlinica din str. ... nr. ..., camera ..., ce funcționează în localitatea ..., județul/sectorul ..., pentru începerea procedurilor de protezare.

Veti aduce urmatoarele:

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor sociale,

... (semnatura)

Responsabil compartiment accidente de muncă și boli profesionale,

... (semnatura)

ANEXA 10 la normele metodologice

CERERE

de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Catre

CASA TERITORIALA DE PENSII ...

Subsemnatul/Subsemnata ..., avand codul numeric personal ..., domiciliat/domiciliata în localitatea ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judetul/sectorul ..., posesor/posesoare al/a actului de identitate seria ... nr. ..., eliberat de ... la data de ..., nascut/nascuta la data de ... în localitatea/judetul ..., fiul/fiica lui ... și al/a ..., angajat/angajata sau fost/fosta angajat/angajata la ..., solicit aprobarea efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesionala, în conformitate cu art. 29 din **Legea 346/2002** privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificarile și completările ulterioare. Declar pe propria raspundere, sub sanctiunile prevazute de Codul penal pentru declaratii neadevarate, ca sunt/nu sunt asigurat/asigurata.

Ma oblig sa anunt, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

In cazul în care nu imi voi respecta declaratia asumata prin prezenta, ma oblig sa restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportand rigorile legii.

Am completat și am citit cu atentie continutul declaratiei de mai sus, dupa care am semnat.

Data ...

Semnatura ...

ANEXA 11

la normele metodologice

CASA NATIONALA DE PENSII SI ALTE DREPTURI DE ASIGURARI SOCIALE

Casa Teritoriala de Pensii ...

INVITATIE

Va facem cunoscut ca sunteti invitat/invitata sa va prezentati în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la ..., ce functioneaza în localitatea ..., judetul/sectorul ..., din str. ... nr. ..., camera ..., pentru aprecierea starii fizice, mentale și aptitudinale.

Veti aduce urmatoarele:

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

In caz de neprezentare, programarea isi pierde valabilitatea, urmand sa vi se aloce un nou termen, în functie de

celelalte programari.

Medic expert al asigurarilor sociale,

... (semnatura)

Responsabil compartiment accidente de munca și boli profesionale,

... (semnatura)

ANEXA 12

la normele metodologice

CASA NATIONALA DE PENSII SI ALTE DREPTURI DE ASIGURARI SOCIALE

Casa Teritoriala de Pensii ...

INVITATIE

Va facem cunoscut ca sunteti invitat/invitata sa va prezentati în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la ..., ce functioneaza în localitatea ..., judetul/sectorul ..., din str. ... nr. ..., pentru inceperea cursului de recalificare sau reconversie profesionala

Veti aduce urmatoarele:

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

Responsabil compartiment accidente de munca și boli profesionale,

... (semnatura)

ANEXA 13

*)

la normele metodologice

*) Anexa nr. 13 este reprodusa în facsimil.

Catre

CASA TERITORIALA DE PENSII ...

Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurari pentru accidente de munca și boli profesionale

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator: ...

CUI: ...

Nr. inreg. Reg. Comertului: ...

CNP angajator: ...

Durata contractului individual de munca: nedeterminata []/determinata []

2. Date privind solicitantul:

(se completeaza de catre solicitant)

a. Numele și prenumele: ...

Codul numeric personal: ...

Document de identitate: Seria ... Nr. ...

Valabil pana la data de: zi ... luna ... an ...

Domiciliat în localitatea: ...

Strada: ... Nr. ...

Bloc ... Scara ... Etaj ... Apart. ...

Sector/Judet: ...

b. Calitatea solicitantului:

[] angajat;

[] functionar public;

[] persoana asigurata cu contract individual de asigurare;

[] ucenic, elev sau student;

[] somer

[] alte persoane

[] membru de familie;

c. Prestatia solicitata:

1. [] Indemnizatie:

1.a. [] pentru trecerea temporara în alt loc de munca;

1.b. [] pentru reducerea timpului de munca;

1.c. [] pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesionala;

1.d. pentru incapacitate temporara de munca.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria ... Nr. ...

Ziua ... Luna ... Anul ...

2. Compensatie pentru atingerea integritatii;

3. Despagubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces (original și copie): Seria ... Nr. ...

Data ...

Inscrierea eronata a datelor, se sanctioneaza potrivit legii.

Data ...

Semnatura și stampila Angajatorului ...

Semnatura solicitantului ...

Semnatura și stampila Institutiei care administreaza bugetul Fondului Pentru plata ajutorului de somaj
...

ANEXA 14

la normele metodologice

GRILA

privind acordarea compensatiilor pentru atingerea integritatii

În conformitate cu prevederile art. 43 și ale art. 45 alin. (2) din [Legea 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, în funcție de procentul de reducere a capacității de munca, compensațiile pentru atingerea integrității se acordă conform tabelului de mai jos:

Nr. crt.	Procentul de reducere a capacității de munca	Numarul de salarii medii brute acordate
1.	Între 20% și 25% inclusiv	2
2.	Între 25% și 30% inclusiv	4
3.	Între 30% și 35% inclusiv	6
4.	Între 35% și 40% inclusiv	8
5.	Între 40% și 45% inclusiv	10
6.	Între 45% și 50% exclusiv	12

ANEXA 15

la normele metodologice

CERERE

de rambursare a cheltuielilor

Catre

CASA TERITORIALA DE PENSII ...

Subsemnatul/Subsemnata ..., în calitate de reprezentant al ... (numele și prenumele), cu domiciliul/sediul în ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judetul/sectorul ..., CNP/CUI ..., cont bancar ..., deschis la Banca ... ¹⁾), solicit rambursarea cheltuielilor ocazionate de:

transportul de urgenta

confectionarea de: ochelari aparat acustic proteza oculara

achizitionarea unui dispozitiv medical implantabil

pentru: ... (numele și prenumele victimei), cetatenia ..., varsta ..., CNP ..., cu domiciliul în ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judetul/sectorul ..., locul de munca la care este incadrat ..., sediul/domiciliul angajatorului în ..., str. ... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judetul/sectorul

Prezentarea pe scurt a imprejurarilor care au determinat transportul de urgenta²⁾ ...

Cuquantumul cheltuielilor este de ... lei.

Anexez la prezenta urmatoarele documente³⁾:

Data ...

Semnatura ...

1) Se completeaza numai în cazul în care solicitantul este persoana juridica.

2) Se completeaza doar pentru cererile ce se refera la transportul de urgenta.

3) Se anexeaza, dupa caz, chitante, facturi, declaratie pe propria raspundere, în cazul în care solicitantul a fost victima accidentului.

ANEXA 16

*)

la normele metodologice

*) Anexa nr. 16 este reprodusa în facsimil.

FORMULAR PENTRU INREGISTRAREA ACCIDENTULUI DE MUNCA - FIAM Nr. ...

1. Inregistrat la Inspectoratul Teritorial de Munca/Casa Teritoriala de Pensii ... în data de ...

2. Nr. accident la unitate .../.../...

Inregistrat la unitate în data de ...

DATE DE IDENTIFICARE A UNITATII

3. Denumirea unitatii ...

4. Judet: ...

5. Localitate: ...

6. Forma de proprietate: ...

7. Marimea unitatii: ...

8. Activitatea economica (se refera la activitatea principala a unitatii): ...

DATE DE IDENTIFICARE A ACCIDENTATULUI

9. Numele și prenumele: ...

10. Activitatea în care s-a accidentat victima: ...

11. Ocupatie: ...

12. Statut profesional: ...

13. Sex: ...

14. Varsta: ...

Vechime

15. Munca: ...

16. Ocupatie: ...

7. Loc de munca ...

DATE DESPRE MOMENTUL PRODUCERII ACCIDENTULUI

18. Zi: ...

19. Luna: ...

20. An: ...

21. Zi saptamana: ...

22. Ora zi: ...

23. Perioada de la inceputul schimbului: ...

DATE DESPRE CONSECINTELE PRODUCERII ACCIDENTULUI

24. Tip: ...

25. Efect: ...

26. Loc. leziunii: ...

27. Reluat activitatea la Zi: ... Luna: .. An: ...

DATE DESPRE CARACTERISTICILE ACCIDENTULUI

28. Felul accidentului: ...

29. Felul activitatii: ...

30. Imprejurare: ...

31. Mijloc de productie: ...

32. Componenta: ...

Cauze dependente de

33. executant: ...

34. mijloc prod.: ...

35. sarcina: ...

36. mediu: ...

Scurta descriere a modului în care s-a produs accidentul: ...

Numele persoanei din unitate care poate de relatii cu privire la completarea formularului: ...

telefon: ...

Semnatura conducatorului unitatii ...

Stampila

Semnatura persoanei competente care verifica formularul ...