

LEGE nr. 346 din 5 iunie 2002 (republicată**)(*actualizată*)**

privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale**)

EMITENT: PARLAMENTUL

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 772 din 12 noiembrie 2009

Data intrării în vigoare : 12 noiembrie 2009

Forma actualizată valabilă la data de : 12 martie 2013

Prezenta formă actualizată este valabilă de la 24 martie 2012 până la data selectată

*) Forma actualizată a acestui act normativ până la data de 12 martie 2013 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamț prin includerea tuturor modificărilor și completărilor aduse de către: [ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010](#); [LEGEA nr. 287 din 28 decembrie 2010](#); [LEGEA nr. 51 din 19 martie 2012](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

**) Republicată în temeiul [art. II din Legea nr. 258/2008](#) pentru modificarea și completarea [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 757 din 10 noiembrie 2008, dându-se textelor o nouă numerotare.

[Legea nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 454 din 27 iunie 2002 și a mai fost modificată și completată prin:

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 147/2002](#) pentru reglementarea unor probleme financiare și pentru modificarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 821 din 13 noiembrie 2002, aprobată prin [Legea nr. 41/2003](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 51 din 29 ianuarie 2003;

- [Legea nr. 232/2003](#) pentru aprobarea [Ordonanței Guvernului nr. 36/2003](#) privind corelarea unor dispoziții din legislația financiar-fiscală, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 31 mai 2003;

- [Ordonanța Guvernului nr. 86/2003](#) privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 624 din 31 august 2003, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 609/2003](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 930 din 23 decembrie 2003;

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 107/2003](#) pentru modificarea și completarea [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 747 din 26 octombrie 2003, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2003](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 936 din 24 decembrie 2003;

- [Legea nr. 571/2003](#) privind Codul fiscal, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 927 din 23 decembrie 2003;

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 129/2004](#) pentru modificarea [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.228 din 21 decembrie 2004, aprobată prin [Legea nr. 57/2005](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 257 din 28 martie 2005;

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005](#) privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.074 din 29 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și

completări prin [Legea nr. 399/2006](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 901 din 6 noiembrie 2006;

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 171/2005](#) pentru modificarea și completarea [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.126 din 13 decembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 186/2006](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 440 din 22 mai 2006;

- [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 91/2007](#) pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul protecției sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 671 din 1 octombrie 2007, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 200/2008](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 725 din 27 octombrie 2008.

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 1

Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale reprezintă o asigurare de persoane, face parte din sistemul de asigurări sociale, este garantată de stat și cuprinde raporturi specifice prin care se asigură protecția socială a salariaților împotriva diminuării sau pierderii capacității de muncă și decesului acestora ca urmare a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

ART. 2

Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale garantează un ansamblu de servicii și prestații în beneficiul persoanelor asigurate, în vederea:

a) promovării sănătății și a securității în muncă și prevenirii accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

b) diminuării și compensării consecințelor accidentelor de muncă și ale bolilor profesionale.

ART. 3

Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale se fundamentează pe următoarele principii:

a) asigurarea este obligatorie pentru toți cei ce utilizează forță de muncă angajată cu contract individual de muncă;

b) riscul profesional este asumat de cei ce beneficiază de rezultatul muncii prestate;

c) constituirea resurselor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale din contribuții diferențiate în funcție de risc, suportate de angajatori sau de persoanele fizice care încheie asigurare, potrivit prevederilor prezentei legi;

d) creșterea rolului activității de prevenire în vederea reducerii numărului accidentelor de muncă și al bolilor profesionale;

e) solidaritatea socială, prin care participanții la sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale își asumă reciproc obligații și beneficiază de drepturi pentru prevenirea, diminuarea sau eliminarea riscurilor prevăzute de lege;

f) asigurarea unui tratament nediscriminatoriu pentru beneficiarii drepturilor prevăzute de lege;

g) asigurarea transparenței în utilizarea fondurilor;

h) repartiția fondurilor în conformitate cu obligațiile ce revin sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale prin prezenta lege.

ART. 4

(1) Prin asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale răspunderea civilă a persoanei fizice sau juridice pentru prestațiile prevăzute

în prezenta lege și pentru care s-a plătit contribuția de asigurare este preluată de asigurător.

(2) În situația în care se face dovada unor prejudicii care nu sunt acoperite prin prevederile prezentei legi, în mod subsidiar și complementar, intră în funcțiune răspunderea civilă, potrivit dreptului comun.

CAP. II

Raporturile de asigurare și riscurile asigurate

ART. 5

(1) Sunt asigurate obligatoriu prin efectul prezentei legi:

a) persoanele care desfășoară activități pe baza unui contract individual de muncă, indiferent de durata acestuia, precum și funcționarii publici;

b) persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești, ale căror drepturi și obligații sunt asimilate, în condițiile prezentei legi, cu ale persoanelor prevăzute la lit. a);

c) șomerii, pe toată durata efectuării practicii profesionale în cadrul cursurilor organizate potrivit legii;

d) ucenicii, elevii și studenții, pe toată durata efectuării practicii profesionale.

(2) Prevederile prezentei legi nu se aplică personalului militar și civil angajat pe bază de contract și personalului asigurat în sistemul propriu al Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Administrației și Internelor, Serviciului Român de Informații, Serviciului de Informații Externe, Serviciului de Protecție și Pază, Serviciului de Telecomunicații Speciale, precum și în cel al Ministerului Justiției și Libertăților Cetățenești - Administrația Națională a Penitenciarelor și Direcția Generală de Protecție și Anticorupție*).

*) Direcția Generală de Protecție și Anticorupție a fost desființată prin [Hotărârea Guvernului nr. 127/2006](#) privind desființarea Direcției Generale de Protecție și Anticorupție din subordinea Ministerului Justiției, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 125 din 9 februarie 2006, cu modificările ulterioare.

ART. 6

(1) Se pot asigura în condițiile prezentei legi, pe bază de contract individual de asigurare, persoanele care se află în una sau mai multe dintre următoarele situații:

a) asociat unic, asociați, comanditari sau acționari;

b) comandanți, administratori sau manageri;

c) membri ai asociației familiale;

d) persoane autorizate să desfășoare activități independente;

e) persoane angajate în instituții internaționale;

f) proprietari de bunuri și/sau arendași de suprafețe agricole și forestiere;

g) persoane care desfășoară activități agricole în cadrul gospodăriilor individuale sau activități private în domeniul forestier;

h) membri ai societăților agricole sau ai altor forme de asociere din agricultură;

i) alte persoane interesate, care își desfășoară activitatea pe baza altor raporturi juridice decât cele menționate anterior.

(2) Conținutul contractului individual de asigurare se stabilește în normele metodologice**) de aplicare a prezentei legi.

**) Normele metodologice de aplicare a [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările

ulterioare, aprobate prin Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății publice nr. 450/825/2006, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 708 din 17 august 2006, cu modificările și completările ulterioare.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 8

(1) Persoanele prevăzute la art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se pot asigura pentru accidente de muncă și boli profesionale, pe bază de contract individual de asigurare.

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

(3) Contractul individual de asigurare se încheie în formă scrisă și produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

(4) Contractul individual de asigurare constituie titlu de creanță și devine titlu executoriu la data la care creanța bugetară este scadentă conform legii.

ART. 9

(1) Modificarea venitului asigurat înscris în contractul individual de asigurare se poate realiza prin încheierea unui act adițional la contractul individual de asigurare existent, în termen de 15 zile de la data când a survenit.

(2) Actul adițional încheiat la contractul individual de asigurare produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

ART. 10

Nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 constituie contravenție și se sancționează în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 11

În termen de 10 zile de la modificarea cadrului legal privind contractul individual de asigurare, casele teritoriale de pensii au obligația să comunice în scris asiguraților natura și data de la care survin modificările.

ART. 12

(1) Contractul individual de asigurare se poate rezilia oricând pe durata derulării acestuia, la inițiativa asiguratului.

(2) Contribuția pentru accidente de muncă și boli profesionale neachitată, precum și dobânzile și penalitățile aferente se urmăresc conform legislației privind creanțele bugetare.

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 2

la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Nr. de înregistrare/.....

CONTRACT INDIVIDUAL DE ASIGURARE

ARTICOLUL 1

Părțile contractante

Casa teritorială de pensii, cu sediul în localitatea, str. nr., în calitate de asigurator, reprezentată

de doamna/domnul, în calitate de director executiv, și, fiul/fiica lui, și al/a, născut/născută în, la data de, posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria nr., eliberat/eliberată de, la data de, CNP, cu domiciliul/reședința*) în localitatea, str. nr., bl., sc., ap., județul/sectorul, în calitate de asigurat, au încheiat prezentul contract.

*) Se referă la asigurații individuali care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene în conformitate cu prevederile Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și ale Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71.

ARTICOLUL 2

Obiectul contractului

2.1. Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, prin acordarea de prestații pentru reabilitarea victimelor accidentelor de muncă și ale bolilor profesionale, precum și consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați, reglementate prin Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Prezentul contract intră în vigoare la data înregistrării la casa teritorială de pensii.

ARTICOLUL 3

Condițiile de asigurare

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

3.2. Venitul asigurat este de

3.3. Cuantumul contribuției este de

3.4. Contul în care se plătește contribuția, deschis la Trezoreria Județului/Sectorului..... pe seama casei teritoriale de pensii, este

3.5. Plata se poate face și în numerar, la casieria casei teritoriale de pensii, sau prin alte mijloace de plată prevăzute de lege.

3.6. Plata contribuției se efectuează până în ultima zi lucrătoare a lunii pentru care se datorează contribuția.

ARTICOLUL 4

Obligațiile asiguratorului

4.1. Asiguratorul se obligă la următoarele servicii și prestații, după caz:

4.1.1. reabilitare medicală:

a) asistență medicală de urgență la locul accidentului, în mijloace de transport specializate și în unități spitalicești;

b) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;

c) servicii medicale, în spitale ori clinici specializate pentru accidente de muncă sau boli profesionale;

d) tratament de recuperare a capacității de muncă, în unități de specialitate;

e) servicii de chirurgie reparatorie;

f) cure balneoclimaterice;

4.1.2. recuperarea capacității de muncă:

a) în vederea diminuării sau compensării deficiențelor de sănătate suferite prin accidente de muncă sau boli profesionale, asigurații au dreptul la dispozitive medicale stabilite prin normele metodologice de aplicare a legii;

b) pentru recuperarea capacității de muncă, asigurații beneficiază de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asigurătorului sau, după caz, de medicul curant;

4.1.3. consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați.

4.2. Asigurătorul preia în sarcina sa cheltuielile pentru următoarele prestații și servicii:

a) plata indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, acordată în condițiile legii, și a indemnizației pentru reconversie profesională;

b) contravaloarea serviciilor medicale menționate la pct. 4.1.1 și 4.1.2;

c) compensații pentru atingerea integrității ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;

d) despăgubire în caz de deces.

ARTICOLUL 5

Obligațiile asiguratului

Asiguratul are următoarele obligații:

5.1. să prezinte în termenul prevăzut de lege declarația de venituri pe propria răspundere;

5.2. să notifice asigurătorului orice modificare privind datele din declarația de venituri pe propria răspundere;

5.3. să prezinte copie de pe autorizația pentru desfășurarea profesiei autorizate;

5.4. să prezinte copia fișei de aptitudine pentru desfășurarea activității pentru care a fost autorizat;

5.5. să plătească contribuția de asigurare stabilită, în termenul prevăzut de prezentul contract;

Neplata contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale la termenul prevăzut în contract generează dobânzi pentru fiecare zi calendaristică, potrivit legii.

5.6. să prezinte în termenele stabilite de lege toate documentele justificative;

5.7. să urmeze și să respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul asigurătorului sau, după caz, de medicul curant.

ARTICOLUL 6

Alte clauze

6.1. Neplata contribuției de către asigurat atrage neacordarea dreptului la prestații, până la achitarea contribuției datorate și a majorărilor de întârziere aferente.

6.2. Pentru modificările notificate asigurătorului de către asigurat se vor încheia acte adiționale la contractul de bază. Actul adițional încheiat la contractul individual de asigurare produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

6.3. Neplata contribuției de asigurare pe o perioadă de 3 luni consecutive constituie pentru asigurător motiv de reziliere de drept a contractului individual de asigurare.

6.4. Calitatea de asigurat se redobândește după încheierea unui nou contract individual de asigurare.

6.5. Contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale nu este impozabilă.

6.6. Asiguratul are obligația de a se prezenta la sediul casei teritoriale de pensii atunci când este solicitat, respectiv la termenul prevăzut în invitație.

6.7. În cazul rezilierii contractului, contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale achitată nu se restituie.

6.8. În caz de forță majoră, părțile contractante sunt exonerate de răspundere pentru neexecutarea sau executarea necorespunzătoare ori cu întârziere a obligațiilor asumate prin prezentul contract. Cazul de forță majoră se dovedește de partea care o invocă.

6.9. Litigiile în legătură cu executarea prezentului contract, nesoluționate între părți pe cale amiabilă, se soluționează de instanțele competente potrivit legii.

Asigurător,
director executiv,
.....

Asigurat,
.....

ART. 7

(1) Prevederile art. 5 sunt aplicabile și angajaților români care prestează muncă în străinătate din dispoziția angajatorilor români, în condițiile legii.

(2) Au calitatea de asigurat și cetățenii străini sau apatrizii care prestează muncă pentru angajatori români, pe perioada în care au, potrivit legii, domiciliul sau reședința în România.

ART. 8

(1) Are calitatea de asigurator, potrivit prezentei legi, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, denumită în continuare CNPAS.

(2) Atribuțiile specifice de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se exercită de casele teritoriale de pensii.

(3) Atribuțiile specifice de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, în calitate de prestatori de servicii, pot fi realizate, în condițiile prezentei legi, și de asociații profesionale de asigurare, constituite în acest scop pe sectoare de activitate ale economiei naționale.

(4) Asociațiile profesionale de asigurare funcționează pe bază de statut propriu, cu respectarea prevederilor prezentei legi și ale [Ordonanței Guvernului nr. 26/2000](#) cu privire la asociații și fundații, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 246/2005](#), cu modificările ulterioare.

ART. 9

(1) Raporturile de asigurare, rezultate în temeiul prezentei legi și din contractele de asigurare, se stabilesc între:

a) angajatori și asigurător, pentru persoanele asigurate prevăzute la art. 5 și 7;

b) asigurați și asigurător, pentru persoanele asigurate prevăzute la art. 6.

(2) Calitatea de asigurat se dobândește, iar raporturile de asigurare se stabilesc la data: încheierii contractului individual de muncă, stabilirii raporturilor de serviciu în cazul funcționarilor publici, validării mandatului pentru persoanele care desfășoară activități în funcții electivă, numirii în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, depunerii adeziunii în cazul membrilor cooperatori, începerii practicii profesionale pentru șomeri,

ucenici, elevi și studenți sau încheierii contractului individual de asigurare, după caz.

ART. 10

(1) În vederea încheierii asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale și a stabilirii cotei contribuției datorate, angajatorul are obligația de a comunica asigurătorului, printr-o declarație pe propria răspundere, 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.

(2) Modelul și conținutul declarației prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi***).

(3) Declarația se depune la sediul asigurătorului, în termen de 30 de zile de la data dobândirii personalității juridice sau a începerii raporturilor de muncă ori de serviciu între părți, după caz.

(4) În cazul modificării uneia sau mai multor informații din declarația prevăzută la alin. (1), angajatorul are obligația să anunțe asigurătorul în termen de 15 zile.

***) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 3

În vederea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, angajatorul are obligația de a comunica asigurătorului domeniul de activitate, conform Clasificării activităților din economia națională - CAEN, numărul de angajați, totalitatea veniturilor brute realizate lunar, 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 căreia angajatorul își are sediul social.

(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 asigurătorul despre modificările datelor de identificare sau ale activității principale stabilite în funcție de numărul cel mai mare de salariați.

(2) Angajatorul are obligația de a depune o nouă declarație pe propria răspundere, în termen de cel mult 15 zile de când au survenit modificările menționate la alin. (1).

ART. 6

(1) Declarația pe propria răspundere se depune pe suport electronic, însoțită de cea pe suport hârtie.

(2) Declarația pe propria răspundere va purta semnăturile persoanelor autorizate, precum și ștampila angajatorului.

ART. 7

Nedepunerea la termen a declarației pe propria răspundere, precum și nerespectarea obligației de comunicare a modificărilor survenite în legătură cu datele prevăzute de aceasta constituie contravenții și se pedepsesc în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

. NORMA (A) 05/07/2006

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă.

Numele _____ Prenumele _____

Data _____ Funcția*) _____

Semnătura și ștampila _____

*) Director General sau altă persoană autorizată _____

ART. 11

Persoana asigurată potrivit art. 6, o dată cu încheierea contractului individual de asigurare, are obligația de a depune o declarație de venituri și de a comunica, în termen de 15 zile, asiguratorului orice modificare intervenită cu privire la situația și statutul ei.

ART. 12

Dreptul la prestațiile și serviciile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se naște de la data stabilirii raporturilor de asigurare și încetează odată cu aceste raporturi.

ART. 13

(1) În cazul în care din culpa angajatorului sau a persoanei asigurate pe bază de contract individual de asigurare nu s-a plătit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, costul prestațiilor și al serviciilor de asigurare prevăzute de prezenta lege și efectuate de către asigurator se recuperează de la angajator sau de la persoana asigurată pe bază de contract individual de asigurare.

(2) Prevederile alin. (1) nu se aplică în cazurile prevăzute la art. 22 alin. (2) și la art. 23 alin. (2), dar se aplică în cazurile confirmate după data de 1 ianuarie 2003.

ART. 14

(1) În cazul bolilor profesionale, declarate în condițiile legii, în timpul activității profesionale, dreptul la prestațiile și serviciile de asigurare se menține și ulterior încetării raporturilor de muncă/serviciu și a contractelor individuale de asigurare.

(2) În cazul bolilor profesionale, declarate în condițiile legii, ulterior încetării raporturilor de muncă și a contractelor de asigurare, dreptul la prestațiile și serviciile de asigurare se acordă dacă fostul asigurat face dovada, cu acte medicale eliberate conform legii, că boala a fost cauzată de factori profesionali specifici locului de muncă.

ART. 15

Riscurile asigurate în condițiile prezentei legi sunt accidentele de muncă și bolile profesionale definite în conformitate cu prevederile [Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006](#).

CAP. III

Obiectivele asigurării

ART. 16

Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale are următoarele obiective:

- a) prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;
- b) reabilitarea medicală și socioprofesională a asiguraților, victime ale accidentelor de muncă și ale bolilor profesionale, precum și recuperarea capacității de muncă a acestora;
- c) acordarea de prestații în bani pe termen lung și scurt, sub formă de indemnizații și alte ajutoare, în condițiile prevăzute de prezenta lege.

ART. 17

Asigurătorul are obligația de a-și organiza activitatea pentru realizarea obiectivelor prevăzute la art. 16, precum și de a păstra confidențialitatea tuturor informațiilor la care are acces în scopul realizării acestor obiective.

CAP. IV

Prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

ART. 18

Asigurații sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale 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) despăgubiri în caz de deces;
- g) rambursări de cheltuieli.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 13

Persoana asigurată care a suferit un accident de muncă/o boală profesională are dreptul la prestațiile prevăzute de [Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

ART. 14

(1) Asiguratul are 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 furnizorii de servicii medicale definiți conform art. 2 lit. n).

(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 pentru cazurile de boli profesionale de unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală cu casele teritoriale de pensii, se decontează conform Procedurii de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, stabilită potrivit anexelor nr. 3-6, 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, funcționale 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 nr. 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.

(9) În cazul unui accident de muncă sau al unei boli profesionale ce afectează lucrătorii români care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat un acord bilateral, serviciile medicale vor fi acordate de statul respectiv.

(10) Cheltuielile generate de serviciile medicale respective vor fi suportate de instituția competentă din statul unde este asigurat lucrătorul. Acestea vor fi suportate la nivelul prevăzut în statul în care se acordă aceste servicii.

NORMA (A) 05/07/2006

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) Prevederile alin. (1) se aplică și asiguraților pentru care a intervenit suspendarea de drept a raporturilor de muncă ori de serviciu, ca urmare a incapacității temporare de muncă datorate unui accident de muncă sau unei boli profesionale.

(3) Casele teritoriale de pensii preiau în plată indemnizațiile prevăzute la art. 42, după caz:

a) pentru persoanele al căror angajator și-a încetat activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, pentru persoanele asigurate prin contract individual de asigurare, precum și pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj pe toată durata efectuării practicii profesionale în cadrul cursurilor organizate potrivit legii;

b) pentru situațiile 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 activitatea în funcții electivă ori în funcții numite în cadrul autorității judecătorești, inclusiv în cazul șomerilor aflați în incapacitate temporară de muncă ca urmare a unei boli profesionale.

(4) 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 social toate actele doveditoare din care să reiasă această stare de fapt.

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 nr. 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. (3), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune certificatul de concediu medical, copie de pe carnetul de șomer vizat la zi, după caz, și o cerere-tip conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(6) Cererea prevăzută la alin. (4), pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (3), se va depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul sau la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul.

ART. 45

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

- a) de către angajatori sau instituția care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz, odată cu Declarația privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat;
- b) de către celelalte categorii de asigurați, la data solicitării prestației.

ART. 46

Cererea prevăzută la art. 45 se aprobă sau se respinge prin decizie motivată a directorului executiv al casei teritoriale de pensii, în termen de cel mult 30 de zile de la înregistrarea acesteia. Decizia se comunică atât asiguratului, cât și angajatorului sau instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz.

ART. 47

(1) Sumele reprezentând indemnizații care se plătesc de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice se rețin de către acesta din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată pentru luna respectivă.

(2) Indemnizațiile se plătesc pentru numărul de zile lucrătoare din duratele exprimate în zile calendaristice ale concediilor medicale sau pentru numărul de zile lucrătoare din perioada în care persoana asigurată urmează cursuri de reconversie profesională, beneficiază de reducerea timpului normal de muncă sau de trecerea temporară în alt loc de muncă.

(3) Sumele reprezentând indemnizații plătite de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice, care depășesc cuantumul contribuției datorate de acesta în luna respectivă, se recuperează din fondul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale de la casa teritorială de pensii pe raza căreia se află sediul sau domiciliul acestuia.

(4) Indemnizațiile pe care angajatorii le achită fără îndeplinirea condițiilor legale și pe care aceștia le decontează cu sistemul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale reprezintă sume încasate necuvenit, care constituie debite ce urmează să fie recuperate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

ART. 48

În cazul asiguraților care se regăsesc în două sau mai multe dintre situațiile prevăzute la [art. 5, 6 și 7 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, și care desfășoară activitate la mai mulți angajatori, indemnizațiile prevăzute la art. 42 se plătesc o singură dată de către angajatorul la care a avut loc accidentul de muncă sau la care s-a declarat boala profesională.

ART. 49

(1) Indemnizațiile se achită beneficiarului, reprezentantului legal sau mandatarului desemnat prin procură de către acesta.

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

(3) Cuantumul indemnizațiilor solicitate potrivit alin. (2) se achită la nivelul cuvenit în perioada prevăzută în certificatul medical.

ART. 50

Plata indemnizațiilor încetează începând cu ziua următoare celei în care:

- a) beneficiarul a decedat;
- b) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile legale pentru acordarea
- c) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat care nu este membru al Uniunii Europene sau cu care România nu are încheiat acord bilateral privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale.

ART. 19

(1) Baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, pentru reducerea timpului de muncă sau pentru trecerea temporară în alt loc de muncă se calculează ca medie a veniturilor brute realizate lunar de către salariat în ultimele 6 luni anterioare manifestării riscului, respectiv a veniturilor stipulate în contractele individuale de asigurare, pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, pentru reducerea timpului de muncă sau pentru trecerea temporară în alt loc de muncă o constituie media veniturilor brute realizate lunar, respectiv a veniturilor stipulate în contractul individual de asigurare, pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(3) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, baza de calcul a indemnizațiilor o constituie venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția.

(4) Pentru calculul indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, pentru reducerea timpului de muncă sau pentru trecerea temporară în alt loc de muncă se utilizează numărul de zile lucrătoare din luna în care se acordă concediul medical sau, după caz, se solicită alte drepturi de asigurări sociale.

(5) La stabilirea numărului de zile lucrătoare din luna în care se acordă dreptul de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale se vor avea în vedere prevederile legale cu privire la zilele de sărbători legale în care nu se lucrează.

SECȚIUNEA 1

Prestații și servicii pentru investigare, diagnosticare medicală, reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă

ART. 20

Asigurații au dreptul la prestații medicale pentru investigarea, diagnosticarea, reabilitarea stării de sănătate, precum și recuperarea capacității de muncă, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

ART. 21

(1) Asigurătorul are obligația de a achita contravaloarea serviciilor medicale acordate până când se realizează:

- a) restabilirea stării de sănătate sau ameliorarea deficiențelor de sănătate survenite în urma unui risc asigurat;
- b) prevenirea diminuării ori a pierderii capacității de muncă și a necesității de îngrijire permanentă.

(2) Contravaloarea biletelor pentru tratament balnear prescris de medicul asigurătorului celor care se află în incapacitate temporară de muncă, ca urmare în exclusivitate a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, se suportă integral din contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

ART. 22

(1) Asigurații au dreptul la servicii medicale corespunzătoare leziunilor și afecțiunilor cauzate prin accidente de muncă sau boli profesionale, după cum urmează:

- a) asistență medicală de urgență la locul accidentului, în mijloacele de transport specializate și în unitățile spitalicești;
- b) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;
- c) servicii medicale în spitale sau în clinici specializate pentru boli profesionale;
- d) tratament de recuperare a capacității de muncă în unități de specialitate;
- e) servicii de chirurgie reparatorie;
- f) cure balneoclimaterice;
- g) investigații de specialitate și analize de laborator, necesare în vederea stabilirii caracterului de profesionalitate al bolilor.

(2) Pentru bolile profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și pentru care se continuă reabilitarea medicală ulterior acestei date ca urmare exclusivă a cauzei profesionale, se decontează următoarele prestații și servicii:

- a) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente;
- b) servicii medicale în spitale, în secții sau unități sanitare cu personalitate juridică, specializate pentru boli profesionale;
- c) tratament de recuperare a capacității de muncă în unități de specialitate;
- d) servicii de chirurgie reparatorie;
- e) cure balneoclimaterice;
- f) dispozitive medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice.

Norma de aplicare

NORMA (A) 05/07/2006

ART. 15

(1) Acordarea serviciilor medicale prevăzute la art. 23 alin. (2) și la art. 116 alin. (2) lit. i) din Legea nr. 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 adeverința de confirmare emisă de direcția de sănătate publică, casele teritoriale de pensii nu efectuează decontări.

(4) Pentru situațiile în care fișele de declarare a cazului de boală profesională BP2 nu se mai regăsesc, direcția de sănătate publică emite la solicitare, în conformitate cu prevederile legale, în baza înregistrărilor pe care le deține, un duplicat al fișei BP2, ștampilat și semnat pentru conformitate.

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 depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale factura însoțită de desfășurătoarele activităților realizate pentru fiecare persoană asigurată, în vederea decontării acestora, potrivit legii.

(3) Pentru serviciile medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, unitățile sanitare respective vor emite, în vederea decontării, câte o factură și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz tratat în parte și distinct pentru prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.

(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 de caracterul de profesionalitate al bolii și numai după confirmarea acestora, cu excepția situațiilor prevăzute la [art. 135 alin. \(5\) și \(6\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

(7) Convaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților cu boală profesională confirmată după data de 1 ianuarie 2005, în unitățile sanitare cu personalitate juridică, se suportă de casele teritoriale de pensii cu care au contract de furnizare de servicii medicale, urmând a se efectua decontarea cu casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul care a înregistrat boala profesională.

(8) Decontarea serviciilor medicale acordate lucrătorilor români asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare, care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat acord bilateral, se va realiza în conformitate cu facturile și documentele justificative emise de instituția competentă din statul respectiv și formularele comunitare aferente.

[NORMA \(A\) 05/07/2006](#)

ART. 17

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația ca, în termen de 5 zile lucrătoare de la acordarea serviciilor medicale, să transmită caselor teritoriale de pensii un referat medical privind starea de sănătate a bolnavului și indicațiile de tratament ulterioare pentru alte unități medicale, după caz.

(2) Medicul curant este obligat să completeze referatul medical prevăzut la alin. (1) și este răspunzător de veridicitatea și exactitatea informațiilor cuprinse în acesta.

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

ART. 18

(1) Casele teritoriale de pensii vor efectua decontarea serviciilor medicale prevăzute la art. 14 alin. (1)-(4) pentru fiecare persoană asigurată, în funcție de:

a) confirmarea caracterului de muncă al accidentului și a caracterului de profesionalitate al bolii prin proces-verbal de cercetare, formularul pentru înregistrarea accidentului de muncă (FIAM) sau fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 ori adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică, elaborate conform prevederilor Ordinului ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 3/2007 privind aprobarea Formularului pentru înregistrarea accidentului de muncă - FIAM, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 70 din 30 ianuarie 2007, și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 882 din 30 octombrie 2006;

b) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, pentru asigurații care au beneficiat de servicii medicale ca urmare a accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale;

c) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică, pentru persoanele internate pentru care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, situație în care contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat.

(2) Casa teritorială de pensii sau, după caz, compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM are dreptul de verificare a documentelor justificative, de monitorizare pe timpul tratamentului și de refuz de plată în condițiile în care serviciile medicale contravin prevederilor legale în vigoare.

(3) În vederea decontării cheltuielilor pentru serviciile medicale, CNAS, prin casele de asigurări de sănătate, va depune facturile și desfășurătoarele aferente serviciilor realizate de către furnizorii de servicii medicale, stabilite la alin. (1) lit. b), la casa teritorială de pensii din județul respectiv.

(4) La sfârșitul fiecărei luni, casele teritoriale de pensii comunică caselor de asigurări de sănătate numele și codul numeric personal ale asiguraților care au primit confirmare de accident de muncă sau boală profesională, precum și codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor, în cazul bolilor profesionale.

(5) Termenul de depunere a documentelor de plată este data de 25 a lunii următoare celei în care casa de asigurări de sănătate a primit confirmarea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului de profesionalitate al bolii.

(6) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (5) se va face în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casa teritorială de pensii, în condițiile îndeplinirii criteriilor prevăzute la alin. (1).

(7) Decontarea între casele teritoriale de pensii și unitățile sanitare cu personalitate juridică se face în condițiile prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru situațiile în care unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, emit facturi pentru tratarea bolilor al căror caracter profesional nu se confirmă, costurile aferente vor fi suportate de casele teritoriale de pensii ulterior validării documentelor de către casele de asigurări de sănătate din aceeași rază administrativ-teritorială, urmând ca, în termen de 30 de zile de la înaintarea facturilor aferente desfășurătoarelor activităților realizate, casele de

asigurări de sănătate să deconteze contravaloarea serviciilor medicale efectuate, mai puțin contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.

(9) Casele teritoriale de pensii vor înainta spre validare caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile de la data primirii documentelor justificative, lista cuprinzând CNP-urile pacienților internați în clinicile/secțiile de boli profesionale, reprezentând cazuri la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, precum și documentele justificative aferente.

(10) Validarea se va realiza în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor de către casele de asigurări de sănătate.

(11) În termen de 5 zile de la data validării, casele de asigurări de sănătate comunică caselor teritoriale de pensii CNP-urile pacienților, precum și documentele justificative validate.

(12) În vederea decontării serviciilor medicale prevăzute la alin. (8), casele teritoriale de pensii transmit lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care urmează să se facă decontarea serviciilor medicale, către casele de asigurări de sănătate documentele justificative, respectiv factura și desfășurătoarele serviciilor medicale realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(13) În baza documentelor validate de casele de asigurări de sănătate, casele teritoriale de pensii decontează către furnizorii de servicii medicale contravaloarea prevăzută în aceste documente.

(14) Desfășurătoarele activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, menționate la alin. (1) lit. b), sunt desfășurătoarele reglementate de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, stabilite prin ordin al președintelui CNAS.

ART. 18¹

(1) Tratamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunică medicului de familie prin scrisoare medicală.

(2) Medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, prescripțiile medicale fiind completate în conformitate cu reglementările cuprinse în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 849/297/2003 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și cele cu timbru sec și a normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și cele cu timbru sec.

(3) Pe baza centralizatoarelor cu evidențe distincte întocmite de furnizorii de medicamente aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru prescripțiile ce cuprind medicamentele prescrise de medicii de familie la recomandarea medicilor de medicina muncii, casa de asigurări de sănătate transmite casei teritoriale de pensii, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, solicitarea de decontare, care se va realiza în termen de 30 de zile.

ART. 18²

(1) Unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, vor emite, în vederea decontării, câte o factură care să conțină distinct serviciile medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz în parte, precum și o factură cu celelalte servicii medicale acordate.

(2) Contravaloarea cumulată a facturilor aferente serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și serviciilor medicale acordate pentru rezolvarea fiecărui caz în parte

nu trebuie să depășească tariful mediu pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, tarif negociat între casele teritoriale de pensii și secțiile/clinicile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, conform prevederilor cuprinse în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății publice nr. 450/825/2006.

(3) Lista serviciilor medicale prestate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, a tarifelor aferente acestora, precum și procedura privind investigarea și diagnosticarea bolilor profesionale se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei și protecției sociale.

(4) Serviciile prevăzute la [art. 135 alin. \(13\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, vor face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare a serviciilor medicale în secții/clinici de boli profesionale și cabinete de medicina muncii, încheiat între unitățile sanitare cu personalitate juridică și casele teritoriale de pensii.

(5) Pentru cazurile infirmate, decontarea serviciilor medicale se realizează cu respectarea procedurii stabilite la art. 18 alin. (8)-(14), avându-se în vedere că prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație din bugetul asigurărilor sociale de stat.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (5) și care nu au fost validate de casa de asigurări de sănătate, casa teritorială de pensii refuză plata.

(7) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (1) se face în termen de 25 de zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casele teritoriale de pensii.

ART. 19

(1) Contravaloarea serviciilor medicale corespunzătoare cazurilor de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 sau contravaloarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale ori fizice pentru cazurile de accidente de muncă sau boli profesionale, confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005, acordate conform prezentelor norme metodologice, se suportă din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

ART. 20

(1) Tratamentele de recuperare prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. d) și curele balneoclimaterice prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. f), precum și la alin. (2) lit. c) și e) din [Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, trebuie analizate și avizate de către medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii.

(2) Curele balneoclimaterice prevăzute la [art. 23 alin. \(1\) lit. f\) și alin. \(2\) lit. e\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, includ biletele pentru tratamentul balnear care se acordă pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă.

(3) Medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii stabilește programul individual de recuperare medicală a victimelor accidentelor de muncă și bolilor profesionale în vederea acordării biletelor pentru tratament balnear.

(4) În caz de accident de muncă și boli profesionale, biletele pentru tratament balnear se eliberează în conformitate cu criteriile în baza cărora se acordă biletele pentru tratamentul balnear, stabilite prin decizie a președintelui CNPAS.

ART. 21

Chirurgia reparatorie este destinată numai cazurilor care presupun refacerea capacității de muncă, a cărei pierdere a rezultat ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale confirmate.

(3) Fondurile necesare decontării prestațiilor și serviciilor prevăzute la alin. (2) se suportă de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

ART. 23

(1) În vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice cauzate de accidente de muncă și boli profesionale, asigurații au dreptul la dispozitive medicale, care se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi*).

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 22

(1) Asiguratul beneficiază, în baza unei cereri, de dispozitive medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice pentru cazurile de accidente de muncă ori boli profesionale, potrivit prevederilor [art. 24 alin. \(1\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

(2) Cererea se adresează casei teritoriale de pensii pe raza căreia asiguratul își are domiciliul și va fi însoțită de recomandarea medicului curant.

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

(4) După primirea cererii și a recomandării medicului curant, fiecărui asigurat i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă documentele menționate, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

(5) În cazul în care unui asigurat îi încetează contractul individual de muncă, respectiv contractul individual de asigurare, i se acordă dreptul la prestații și servicii medicale doar dacă face dovada cu documente, potrivit legii, că este victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale cauzate de factori de risc specifici locului/locurilor de muncă în care a fost angajat/pe perioada asigurată.

ART. 23

Nivelul de decontare a dispozitivelor prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la [art. 24 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, 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 [Hotărârea Guvernului nr. 1.229/2005](#).

ART. 24

(1) Cererile prevăzute la art. 22 alin. (2) se analizează și se soluționează de către casa teritorială de pensii.

(2) Prin decizie motivată cererea se poate admite, total sau parțial, ori se poate respinge.

(3) Termenul de soluționare a cererilor este de 30 de zile de la data înregistrării.

ART. 25

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

ART. 26

(1) Pentru acordarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, în cazurile prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la [art. 24 alin. \(2\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, solicitantii vor depune la casa

teritorială de pensii pe raza căreia 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 adeverință de confirmare a înregistrării accidentului de muncă la inspectoratul teritorial de muncă;

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

c) recomandarea medicului curant.

(3) Pentru accidente de muncă sau bolile profesionale petrecute anterior aplicării Legii nr. 5/1965 cu privire la protecția muncii, cu modificările ulterioare, constituie dovadă a accidentului de muncă sau a 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.

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 8

la normele metodologice

CERERE

pentru acordarea de dispozitive medicale

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat/domiciliată în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, fiul/fiica lui și al/a, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la, solicit aprobarea achiziționării unui/unei în conformitate cu art. 23 alin. (2) lit. f) și art. 24 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

În acest scop depun următoarele acte:

- recomandare medicală nr. din data de

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurată;

- primesc/nu primesc din altă sursă un/o

Mă oblig să anunț, 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 restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

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

Data

Semnătura

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 9

la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

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.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

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

Medic expert al asigurărilor
sociale,

.....
(semnătura)

Responsabil compartiment accidente
de muncă și boli profesionale,

.....
(semnătura)

(2) Pentru cazurile de accident de muncă confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și care necesită dispozitive medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, costurile acestora se suportă din fondurile bugetului de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

*) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

ART. 24

(1) Pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă asigurații beneficiază de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asigurătorului, în funcție de natura și de diagnosticul bolii.

(2) Programul individual de recuperare poate include tratament balnear, în funcție de tipul bolii.

(3) Durata tratamentului balnear este de 15-21 de zile și se stabilește de medicul asigurătorului, în funcție de tipul afecțiunii și de natura tratamentului.

(4) Criteriile pe baza cărora se acordă biletele pentru tratament balnear se aprobă anual de CNPAS.

ART. 25

(1) Asigurații au obligația să urmeze și să respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul specialist al asigurătorului.

(2) Dreptul la prestații și servicii pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă se suspendă în cazul în care asigurații nu urmează sau nu respectă programul individual de recuperare.

ART. 26

Tratamentul medical în perioada programului individual de recuperare, precum și cazarea și masa în unitățile medicale se suportă de către asigurător cu

respectarea tarifelor și criteriilor stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat anual prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestui contract.

ART. 27

(1) Unitățile care efectuează prestații și servicii medicale se stabilesc de asigurător în vederea reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă a asiguraților care au suferit accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Tarifele pentru prestațiile și serviciile medicale aferente reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă se stabilesc pe baza prevederilor existente în contractul-cadru al sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

SECȚIUNEA a 2-a

Prestații și servicii pentru reabilitare și reconversie profesională

ART. 28

Prestațiile și serviciile pentru reabilitare și reconversie profesională se acordă de către asigurător la solicitarea asiguraților care, deși nu și-au pierdut complet capacitatea de muncă, nu mai pot desfășura activitatea pentru care s-au calificat, ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

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 nr. 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 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 comunică 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 acceptă 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 refuză 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.

ART. 29

Asiguratorul preia în sarcina sa cheltuielile pentru următoarele prestații și servicii de reabilitare și reconversie profesională:

- a) cheltuielile privind serviciile medicale și psihologice pentru aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale în vederea reconversiei profesionale;
- b) costul cursurilor de calificare sau de reconversie;

c) plata unei indemnizații pe durata cursurilor de calificare și de reconversie.

ART. 30

(1) Indemnizația pe durata cursurilor de calificare sau de reconversie se acordă lunar și reprezintă 70% din salariul de bază brut al persoanei asigurate, avut la data survenirii accidentului de muncă sau a bolii profesionale.

(2) Indemnizația se acordă numai dacă persoana asigurată nu beneficiază, pe durata cursurilor de calificare sau de reconversie, de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă sau de pensie de invaliditate gradul III, acordată potrivit legii.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 60

(1) Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale beneficiază, la cerere, în condițiile legii, de o indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau de reconversie profesională.

(2) Indemnizația se acordă numai dacă asiguratul respectă integral programul de instruire pe toată durata cursurilor.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de instruire din motive ce îi sunt imputabile, organizatorul cursurilor de recalificare sau reconversie profesională înștiințează de îndată casa teritorială de pensii care sistează plata indemnizației.

(4) Prevederile alin. (3) nu se aplică în cazurile de forță majoră. Forța majoră se dovedește cu acte.

(5) Constatarea cazurilor de forță majoră prevăzute la alin. (4) se efectuează de către personalul împuternicit al casei teritoriale de pensii.

ART. 61

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare ori reconversie profesională se acordă lunar și reprezintă 70% din suma veniturilor brute realizate, avută la data survenirii accidentului de muncă sau a bolii profesionale.

ART. 62

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională se acordă doar dacă persoana asigurată nu beneficiază în paralel de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă ori de pensie de invaliditate de gradul III, acordată potrivit reglementărilor în vigoare.

ART. 31

Indemnizația pe durata cursurilor de calificare sau de reconversie se acordă numai dacă persoana asigurată respectă dispozițiile asigurătorului cu privire la:

- a) instituția la care urmează să se desfășoare cursul;
- b) programul de instruire;
- c) modalitatea de absolvire.

SECȚIUNEA a 3-a

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă

ART. 32

(1) Asigurații beneficiază de o indemnizație pe perioada în care se află în incapacitate temporară de muncă în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale.

(2) În cazul bolilor profesionale sau al accidentelor de muncă, certificatul medical se vizează în mod obligatoriu, prin grija angajatorului, de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv de casa

teritorială de pensii în a cărei rază se află sediul angajatorului sau domiciliul asiguratului.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 51

Asigurații beneficiază de o indemnizație pe perioada în care se află în incapacitate temporară de muncă datorită unui accident de muncă sau datorită unei boli profesionale, indiferent de momentul producerii acestuia/acesteia.

ART. 33

(1) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din media veniturilor salariale brute realizate în ultimele 6 luni anterioare manifestării riscului.

(2) În cazul asiguraților prevăzuți la art. 6, cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din media venitului lunar asigurat din ultimele 6 luni anterioare manifestării riscului.

(3) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă în cazul urgențelor medico-chirurgicale este de 100% din media venitului lunar asigurat din ultimele 6 luni anterioare manifestării riscului.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 52

(1) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din baza de calcul.

(2) În cazul urgențelor medico-chirurgicale, cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 100% din baza de calcul.

(3) Baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă:

a) media veniturilor brute realizate lunar de către salariat în ultimele 6 luni, anterioare manifestării riscului; în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă o constituie media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

b) în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă o constituie venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția;

c) veniturile stipulate de către asigurații individuali în contractele pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

d) drepturile acordate în perioada respectivă pentru șomerii care urmează cursuri de recalificare sau de reconversie profesională.

ART. 34

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă în cazul accidentului de muncă sau al bolii profesionale se suportă în primele 3 zile de incapacitate de către angajator, iar din a 4-a zi de incapacitate, din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 53

(1) Pentru plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, 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 nr. 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 muncă se calculează și se plătește separat, iar plata se suportă conform [art. 35 din Legea nr. 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 muncă se calculează conform prevederilor [art. 35 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

[ART. 54](#)

Indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă 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 91-a zi, concediul medical se poate prelungi până la 180 de zile, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

[ART. 55](#)

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

(2) Medicul expert al asigurărilor sociale decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului de recuperare, trecerea temporară în alt loc de muncă, reducerea timpului de muncă, 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.

[ART. 35](#)

Durata de acordare a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 180 de zile în intervalul de un an, socotită din prima zi de concediu medical.

[ART. 36](#)

(1) În situații temeinic motivate de posibilitatea recuperării medicale și profesionale a asiguratului medicul curant poate propune prelungirea concediului medical peste 180 de zile.

(2) Medicul asigurătorului poate decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului recuator, reluarea activității în același loc de muncă sau în alt loc de muncă ori poate propune pensionarea de invaliditate.

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

[ART. 37](#)

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă datorată accidentelor de muncă și bolilor profesionale se acordă pe baza certificatului medical eliberat conform dispozițiilor legale.

[ART. 38](#)

În situația în care medicul expert al asigurărilor sociale din sistemul public de pensii decide încadrarea într-un grad de invaliditate, indemnizația se va acorda până la sfârșitul lunii următoare celei în care s-a dat avizul de

pensionare, fără a se depăși durata maximă de acordare a concediului medical, prevăzută la art. 36.

SECȚIUNEA a 4-a

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

ART. 39

(1) Asigurații care, datorită unei boli profesionale sau unui accident de muncă, nu își mai pot desfășura activitatea la locul de muncă anterior manifestării riscului asigurat pot trece temporar în alt loc de muncă.

(2) Indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de muncă se acordă în condițiile în care venitul salarial brut lunar realizat de asigurat la noul loc de muncă este inferior mediei veniturilor sale lunare din ultimele 6 luni, calculate de la momentul depistării afecțiunii.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 56

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

ART. 57

(1) Asiguratul își poate relua activitatea la vechiul loc de muncă sau poate realiza programul normal de lucru, înainte de expirarea perioadei maxime de reducere a programului de lucru, prevăzută de legislația în vigoare, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

(2) Angajatorul va înștiința casa teritorială de pensii, în termen de cel mult 5 zile, despre modificarea intervenită în situația asiguratului.

ART. 40

Indemnizația pentru reducerea timpului de lucru cu o pătrime din durata normală, ca urmare a unor afecțiuni cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, se acordă asiguraților care, în aceste condiții, nu mai pot realiza durata normală de muncă.

ART. 41

(1) Indemnizațiile prevăzute la art. 39 alin. (2) și la art. 40 se acordă la propunerea medicului curant, cu avizul medicului asiguratorului, pentru cel mult 90 de zile într-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

(2) Cuantumul lunar al indemnizațiilor prevăzute la alin. (1) este egal cu diferența dintre media veniturilor salariale din ultimele 6 luni și venitul salarial brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau prin reducerea timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 58

(1) Cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar din ultimele 6 luni și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

(2) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea

timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

(3) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

ART. 59

Indemnizațiile pentru trecerea temporară în alt loc de muncă, precum și pentru reducerea timpului de muncă se acordă pentru o perioadă de cel mult 90 de zile într-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

SECȚIUNEA a 5-a

Compensații pentru atingerea integrității

ART. 42

Au dreptul la o compensație pentru atingerea integrității asigurații care, în urma accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale, rămân cu leziuni permanente care produc deficiențe și reduc capacitatea de muncă între 20-50%.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 63

Au dreptul la o compensație pentru atingerea integrității asigurații care în urma accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale rămân cu leziuni permanente care produc deficiențe și reduc capacitatea de muncă între 20-50%, exclusiv cazurile cărora li se recunoaște, prin decizie, invaliditatea.

ART. 64

Compensațiile pentru atingerea integrității se acordă doar dacă accidentul de muncă a antrenat o incapacitate temporară de muncă mai mare de 3 zile, conform definiției accidentului de muncă.

ART. 65

Salariul mediu brut care va fi utilizat la acordarea compensației pentru atingerea integrității va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care s-a produs accidentul de muncă sau pentru luna în care s-a declarat boala profesională, după caz.

ART. 66

(1) În vederea obținerii compensației pentru atingerea integrității, persoana asigurată depune în termenul legal o cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, conform anexei nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă de casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea, urmând ca decontarea să se facă cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

ART. 67

(1) În termen de 15 zile de la depunerea cererii, medicul expert al asiguratorului stabilește prin decizie procentul de pierdere a capacității de

muncă, în funcție de care casa teritorială de pensii stabilește cuantumul compensației pentru atingerea integrității.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată în baza deciziei medicului expert al asiguratorului care efectuează o singură expertiză medicală pentru asigurații care au fost înregistrați cu un FIAM/BP2, după caz.

(3) În cazul asiguraților care, în momentul expertizării au mai multe boli profesionale, medicul expert emite o singură decizie, iar compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată.

ART. 68

(1) Grila privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității este prevăzută în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice.

(2) Grilele cuprinzând procentajele privind reducerea capacității de muncă se stabilesc prin decizie a președintelui CNPAS.

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 14

la normele metodologice

GRILĂ

privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității

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

Nr. crt.	Procentul de reducere a capacității de muncă	Numărul 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

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 13

la normele metodologice

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:

CUI: _____ Nr. înreg. Reg. Comerțului: _____ CNP
angajator: _____

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată |_/determinată |_

2. _____ Date _____ privind _____ solicitantul:

(se completează de către solicitant)

a. _____ Numele _____ și _____ prenumele:

Codul numeric personal: _____
Document de identitate: Seria _____ Nr. _____
Valabil până la data de: zi _____ luna _____ an _____
Domiciliat _____ în _____ localitatea:

Strada: _____ Nr.

Bloc _____ Scara _____ Etaj _____ Apart.

Sector/Județ: _____

b. Calitatea solicitantului:
|_ angajat: _____ |_ funcționar
public; _____
|_ persoana asigurată cu contract individual _____ |_ ucenic, elev sau
student; _____
de asigurare; _____
|_ șomer _____ |_ alte persoane
|_ membru de familie; _____

c. Prestația solicitată:

1. |_ Indemnizație:
1.a. |_ pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
1.b. |_ pentru reducerea timpului de muncă;
1.c. |_ pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesională;
1.d. |_ pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare: _____

Certificat de concediu medical Seria _____ Nr. _____
Ziua _____ Luna _____ Anul _____

2. |_ Compensație pentru atingerea integrității;

3. |_ Despăgubire în caz de deces;

Acte necesare: _____

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

Numele și prenumele decedatului: _____

documente justificative din care să rezulte că au fost suportate cheltuielile ocazionate de deces, după caz.

ART. 71

(1) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea prin decizie motivată.

(2) Termenul de soluționare a cererii este de 20 de zile de la data depunerii acesteia la casa teritorială de pensii.

(3) Plata despăgubirii se efectuează prin casieria casei teritoriale de pensii.

(4) Decizia se comunică petentului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(5) Cuantumul despăgubirii în caz de deces este de 4 salarii medii brute pe economie.

(6) Salariul mediu care va fi utilizat la plata despăgubirii în caz de deces va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care a survenit decesul asiguratului sau, după caz, ultimul salariu mediu brut pe economie cunoscut la data solicitării.

ART. 72

După efectuarea plății despăgubirii în caz de deces, asiguratorul are obligația de a înscrie pe versoul certificatului de deces original mențiunea "ACHITAT DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE DECES CONFORM LEGII Nr. 346/2002", data, semnătura și ștampila.

ART. 72¹

(1) Casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul va acorda despăgubirea, urmând să efectueze decontarea acesteia cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz.

(2) Pentru efectuarea decontării, casa teritorială de pensie care a efectuat plata va transmite casei teritoriale de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională dosarul în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL", după caz.

ART. 46

Cererea pentru obținerea despăgubirii în caz de deces se depune la sediul asiguratorului, însoțită de actele din care rezultă dreptul solicitantului, potrivit prezentei legi.

ART. 47

(1) Admiterea sau respingerea cererii se face prin decizie emisă de asigurator în termen de 20 de zile de la data depunerii cererii.

(2) Decizia se comunică în scris solicitantului în termen de 5 zile de la data emiterii ei.

ART. 48

Plata despăgubirii în caz de deces se face în termen de 15 zile de la data comunicării deciziei prevăzute la art. 47.

SECȚIUNEA a 7-a

Rambursări de cheltuieli

ART. 49

(1) Asiguratorul acordă rambursări de cheltuieli în următoarele situații:

- transportul de urgență, în cazuri temeinic justificate, când salvarea victimei impune utilizarea altor mijloace decât cele uzuale;
- confeccionarea ochelarilor, a aparatelor acustice, a protezelor oculare, în situația în care acestea au fost deteriorate în urma unui accident de muncă soldat cu vătămări corporale;

c) în cazul aplicării dispozitivelor medicale implantabile prin intervenție chirurgicală în vederea recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice cauzate de accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Costurile suportate de asigurător sunt destinate să asigure recuperarea funcționalității organismului celui asigurat, iar cuantumul acestora se va stabili anual prin decizie a președintelui CNPAS.

Norma de aplicare

NORMA (A) 05/07/2006

ART. 73

În vederea rambursării cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență sau de confecționarea unor dispozitive destinate să asigure recuperarea funcționalității organismului victimei accidentului de muncă, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile se adresează casei teritoriale de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

ART. 74

(1) Modelul cererii de rambursare a cheltuielilor este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cererea se depune la sediul casei teritoriale de pensii, însoțită de documente justificative, după caz.

ART. 75

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență utilizând alte mijloace decât cele uzuale, aceasta trebuie să prezinte:

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

b) declarația pe propria răspundere a angajatorului sau a persoanei care a solicitat rambursarea, după caz, din care trebuie să reiasă caracterul de urgență al transportului, mijlocul de transport utilizat, precum și descrierea împrejurărilor care au impus utilizarea altor mijloace decât a celor uzuale pentru salvarea victimei accidentului de muncă;

c) dovada emisă de autoritatea competentă, din care să rezulte faptul că solicitantul nu înregistrează obligații restante la Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma solicitată a fi rambursată se determină prin înmulțirea numărului de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban, respectiv a numărului de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, cu consumul normat de combustibil pe kilometru parcurs și cu prețul mediu al combustibilului utilizat.

(3) Pentru serviciile de transport aerian și pe apă, suma solicitată a fi rambursată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile marine estimat, înmulțit cu costul mediu al unei ore de zbor, respectiv cu costul mediu pe mila marină.

(4) Tipurile de transport de urgență prevăzute la alin. (1) sunt altele decât cele ale unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar și care îndeplinesc criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății Publice, precum și cele de acreditare.

ART. 76

Medicul expert al asigurărilor sociale din cadrul casei teritoriale de pensii confirmă sau infirmă, prin referat motivat, faptul că salvarea victimei impunea transportul de urgență cu alte mijloace decât cele uzuale.

ART. 76¹

(1) Cheltuielile de transport necesare pentru repatriere în cazul decesului unui lucrător asigurat conform prevederilor legale române în vigoare, ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, se suportă din sumele prevăzute cu această destinație, pentru accidente de muncă și boli profesionale,

din bugetul asigurărilor sociale de stat, în baza cererii prevăzute în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) suportate de o persoană fizică sau juridică se decontează ulterior pe baza facturilor și documentelor justificative ce atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, stabilite conform legislației în vigoare.

(3) Casa teritorială de pensii, în baza facturilor în original și a documentelor justificative care atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, virează echivalentul sumei din valută în lei, de la data efectuării plății în contul persoanei fizice/juridice respective.

ART. 77

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că ochelarii au fost deteriorați în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) Cheltuielile ocazionate de confecționarea ochelarilor vor fi decontate integral, fără a se depăși prețul de referință stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

ART. 78

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea aparatelor acustice, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului care trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, documente din care să reiasă că aparatul acustic a fost deteriorat în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) În sensul prezentelor norme metodologice, prin sintagma aparat acustic se înțelege proteză auditivă.

ART. 79

În cazul în care persoana îndreptățită solicită 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) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aparatelor acustice, protezelor oculare se acordă de către casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea prevăzută în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice și se decontează ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

(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 prețurilor de referință la care se acordă rambursările de cheltuieli prevăzute la art. 50 alin. (1) lit. a) și b) din Legea nr.

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 Hotărârea Guvernului nr. 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 căreia s-a produs accidentul de muncă ori la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul, urmând ca aceasta să facă decontarea ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

(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.

ART. 82¹

Rambursarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate lucrătorilor asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare se va realiza în conformitate cu formularele europene și documentele justificative trimise de instituțiile competente ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale țărilor prevăzute în acordurile bilaterale, care au acordat serviciile respective.

. NORMA (A) 05/07/2006

ANEXA 15

la normele metodologice

CERERE

de rambursare a cheltuielilor

Către

Casa Teritorială de Pensii

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

transportul de urgență transport repatriere decedat

confecționarea de: ochelari

aparat acustic

proteză oculară

achiziționarea unui dispozitiv medical implantabil

pentru:, cetățenia,

(numele și prenumele victimei)

vârsta, CNP, cu domiciliul în

....., str.

nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,

locul de muncă la care este încadrat, sediul/domiciliul

angajatorului în, str.
nr., bl., sc., et., ap., județul/
sectorul

Categoria asigurat: | | salariat | | independent

Prezentarea pe scurt a împrejurărilor care au determinat transportul de
urgență*2)

Cuquantumul cheltuielilor este de ... lei.

Anexez la prezenta următoarele documente*3):

Data

Semnătura

*1) Se completează numai în cazul în care solicitantul este persoană
juridică.

*2) Se completează doar pentru cererile care se referă la transportul de
urgență.

*3) Se anexează, după caz, chitanțe, facturi, declarație pe propria
răspundere, în cazul în care solicitantul a fost victima accidentului.

CAP. V

Comunicarea și constatarea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale

ART. 50

(1) Angajatorii au obligația de a comunica asiguratorului accidente soldate
cu incapacitate de muncă sau cu decesul asiguraților.

(2) Comunicarea trebuie realizată de îndată ce angajatorul a luat cunoștință
despre accident.

(3) Obligația privind comunicarea revine și persoanelor asigurate conform
art. 6 sau urmașilor acestora, în cazul în care accidentul de muncă s-a soldat cu
decesul asiguratului.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 84

(1) Comunicarea evenimentelor urmate de incapacitate temporară de muncă,
invaliditate sau deces, al căror caracter de muncă a fost confirmat, se face
obligatoriu de angajator către casa teritorială de pensii pe raza căreia s-a
produs evenimentul, precum și către casa teritorială de pensii pe raza căreia
angajatorul își are sediul social și va cuprinde următoarele documente:

a) formular pentru înregistrare a accidentelor de muncă - FIAM;

b) proces-verbal de cercetare a accidentului de muncă.

(2) Comunicarea incidentelor periculoase transmisă caselor teritoriale de
pensii se face prin proces-verbal de cercetare a incidentului periculos.

ART. 51

(1) Dacă în urma controalelor medicale periodice personalul din structurile de medicina muncii, care asigură servicii medicale angajatorului, constată că există riscul unei îmbolnăviri profesionale, acesta are obligația de a semnala de îndată cazul asiguratului.

(2) Declararea bolilor profesionale se realizează conform prevederilor [Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006](#), iar un exemplar din formularul de declarare a bolii respective va fi înaintat CNPAS de către autoritatea competentă.

ART. 52

(1) Pentru constatarea cazului asigurat și stabilirea drepturilor de asigurare, asiguratul are acces și recurge la procesul-verbal de cercetare, întocmit, potrivit legii, de autoritatea competentă care efectuează cercetarea accidentelor soldate cu incapacitate temporară de muncă, invaliditate și deces.

(2) Asiguratul verifică modalitatea în care a fost efectuată cercetarea și decide asupra caracterului de muncă al accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă.

(3) În scopul stabilirii caracterului profesional al accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, asiguratul poate coordona direct cercetarea accidentului, poate efectua o anchetă proprie sau poate evalua dosarul de cercetare întocmit de comisia angajatorului, după caz.

ART. 53

Drepturile de asigurare prevăzute de prezenta lege se acordă astfel:

a) pentru accidente de muncă, în baza procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă, întocmit, potrivit legii, de autoritatea competentă;

b) pentru boli profesionale, în baza formularului de declarare finală a bolii profesionale, întocmit, potrivit legii, de autoritatea competentă.

ART. 54

Până la stabilirea caracterului de muncă al accidentului sau caracterului profesional al bolii, conform documentelor prevăzute la art. 53, contravaloarea serviciilor medicale acordate va fi suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

CAP. VI

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale

ART. 55

Răspunderea pentru asigurarea condițiilor de securitate și sănătate la locurile de muncă revine angajatorilor sau, după caz, persoanelor asigurate conform art. 6.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 97

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale reprezintă activitatea principală a asiguratului, destinată îmbunătățirii condițiilor de muncă.

ART. 98

(1) În scopul desfășurării activității de prevenire, CNPAS dispune de personal cu specializare tehnică sau medicală.

(2) În situații temeinic justificate, la propunerea directorilor executivi ai caselor teritoriale de pensii, CNPAS aprobă angajarea de personal cu pregătire juridică pentru activitatea de prevenire.

ART. 99

În domeniul prevenirii asiguratul desfășoară următoarele activități în scopul eliminării ori reducerii accidentelor de muncă sau bolilor profesionale:

- a) participarea la acțiuni de prevenire la nivel național;
- b) stabilirea de programe de prevenire prioritare în domeniul său de activitate, în baza situațiilor concrete identificate în timpul vizitelor la locurile de muncă și a evidenței evenimentelor înregistrate;
- 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 deficiențelor din punctul de vedere al securității și sănătății în muncă;
- e) propunerea efectuării și finanțării de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare din domeniul de activitate al asigurătorului;
- 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 în domeniul securității și sănătății în muncă.

ART. 56

(1) Angajatorii au obligația de a asigura informarea, participarea și colaborarea angajaților pentru adoptarea și aplicarea măsurilor de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

(2) Angajații au obligația de a participa la acțiuni privind adoptarea unor măsuri de securitate și sănătate în muncă, atunci când sunt solicitați în acest scop de către angajatori.

ART. 57

Angajații nu suportă în nicio situație costul măsurilor de prevenire aplicate în condițiile art. 56.

ART. 58

Angajatorii au obligația de a furniza toate informațiile solicitate de asigurător în legătură cu riscurile de la locurile de muncă.

ART. 59

Angajații sunt obligați să cunoască și să respecte măsurile tehnice și organizatorice luate de angajatori pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, aduse la cunoștință în cadrul instructajului de protecție a muncii.

ART. 60

Angajații au dreptul, fără ca acest lucru să atragă consecințe asupra lor, de a sesiza Inspekția Muncii, asigurătorul sau comitetele de sănătate și securitate în muncă asupra neluării de către angajator a unor măsuri de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

ART. 61

Asigurătorul are obligația de a promova și de a stimula activitatea de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, în scopul:

- a) menținerii integrității fizice și psihice a persoanelor asigurate;
- b) îmbunătățirii condițiilor de muncă;
- c) eliminării sau reducerii riscurilor de accidente de muncă și boli profesionale.

ART. 62

(1) Asigurătorul coordonează activitatea de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale la nivel național.

(2) Activitățile de prevenire se realizează de către CNPAS, în conformitate cu atribuțiile stabilite prin lege.

(3) Abrogat.

Alin. (3) al art. 62 a fost abrogat de lit. b) a [art. IV din LEGEA nr. 51 din 19 martie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 182 din 21 martie 2012.

(4) Abrogat.

Alin. (4) al art. 62 a fost abrogat de lit. b) a [art. IV din LEGEA nr. 51 din 19 martie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 182 din 21 martie 2012.

(5) Pentru coordonarea activității legate de prevenirea bolilor profesionale, precum și de verificare, în vederea decontării, a documentelor prin care s-a confirmat caracterul profesional al bolii, CNPAS organizează un compartiment de medicina muncii în cadrul Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă.

[ART. 63](#)

(1) Personalul tehnic al asiguratorului, care desfășoară activități de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, precum și personalul medical specializat în medicina muncii au următoarele atribuții:

a) participă la stabilirea de programe de prevenire prioritare la nivel național, prin identificarea situațiilor cu riscuri mari de accidente de muncă și boli profesionale;

b) acordă consultanță cu privire la măsurile și mijloacele de prevenire a accidentelor de muncă și bolilor profesionale;

c) propun efectuarea și finanțarea de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare la nivel național;

d) acordă asistență tehnică angajatorilor pentru elaborarea instrucțiunilor de prevenire;

e) cercetează accidentele cu incapacitate temporară de muncă și stabilesc caracterul de muncă al acestora în conformitate cu prevederile prezentei legi;

f) țin evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

g) recomandă măsuri de prevenire și controlează aplicarea lor;

h) propun asiguratorului majorări sau reduceri ale contribuției pentru stimularea activității de prevenire;

i) stabilesc programe de prevenire în baza situațiilor concrete identificate la locurile de muncă;

j) consiliază angajatorii cu privire la securitatea și sănătatea în muncă.

(2) Personalul medical specializat în medicina muncii are și atribuții legate de depistarea, investigarea și stabilirea caracterului profesional al bolii.

[ART. 64](#)

În exercitarea atribuțiilor sale personalul tehnic și medical specializat este autorizat:

a) să dispună de acces liber în sediile angajatorilor sau la locurile de muncă organizate de aceștia și să fie însoțit de persoanele desemnate de angajator;

b) să beneficieze de concluziile cercetării accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale, efectuată de autoritățile de stat competente;

c) să sesizeze autoritățile de stat când constată încălcări ale legislației în vigoare privind protecția muncii;

d) să propună angajatorilor dimensionarea compartimentelor de protecție a muncii în funcție de riscurile de la locurile de muncă;

e) să consulte rezultatele examenelor medicale la angajare și ale examenelor medicale periodice ale persoanelor asigurate;

f) să solicite orice informații și documente necesare realizării sarcinilor de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

g) să recomande angajatorului măsuri de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

[ART. 65](#)

În activitatea exercitată personalul de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale este obligat să păstreze confidențialitatea datelor

primite de la angajator cu privire la aspectele organizatorice, tehnologice și de fabricație din unitatea controlată, precum și a celorlalte date furnizate de autoritățile de stat competente sau de orice alt organism ori persoană interesată în activitatea de prevenire, precum și confidențialitatea datelor medicale ale angajaților.

ART. 66

(1) Cheltuielile asigurătorului pentru activitatea de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale se evidențiază într-un cont analitic separat.

(2) Cuantumul maxim alocat în acest scop nu poate depăși 10% din sumele încasate cu titlu de contribuție pe parcursul unui an calendaristic.

CAP. VII

Organizarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

ART. 67

CNPAS administrează, gestionează, coordonează și controlează întreaga activitate de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

ART. 68

În vederea realizării activității de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, CNPAS are, în principal, următoarele atribuții:

a) coordonează și controlează activitatea în acest domeniu, desfășurată de casele teritoriale de pensii;

b) poate cofinanța programe în proiecte de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

c) aplică măsuri pentru îmbunătățirea serviciilor și prestațiilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

d) elaborează criteriile și metodologia care stau la baza calculului contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

e) îndrumă și controlează activitatea de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

f) controlează modul de acordare a prestațiilor și serviciilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzute de prezenta lege;

g) controlează modul de acordare a majorărilor sau reducerilor contribuției pentru stimularea activității de prevenire;

h) poate organiza la nivel național, la propunerea caselor teritoriale de pensii, activitatea de recuperare funcțională, protezare, reorientare și reconversie, în vederea reintegrării profesionale pentru persoanele care au suferit accidente de muncă și boli profesionale;

i) organizează evidența cazurilor asigurate, precum și a costurilor de asigurare la nivel național;

j) emite și retrage autorizația de funcționare a asociațiilor profesionale de asigurare;

k) poate finanța la nivel național studii de cercetare aplicativă în vederea elaborării de soluții, dispozitive și metode de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

l) poate organiza instruirea, formarea și perfecționarea personalului din domeniul asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale;

m) face propuneri privind cheltuielile ce se finanțează din veniturile provenite din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale;

n) urmărește execuția veniturilor și cheltuielilor activității de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și prezintă ministrului muncii, familiei și protecției sociale rapoarte trimestriale și anuale privind execuția bugetară;

o) coordonează activitatea de management al securității și sănătății în muncă;

p) verifică modalitatea de efectuare a cercetării accidentelor de muncă urmate de incapacitate temporară de muncă, prin participarea directă la investigație sau prin analiza documentelor justificative, după caz;

r) stabilește caracterul profesional al accidentului cu incapacitate temporară de muncă.

ART. 69

Conducerea activității de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale este asigurată de președintele CNPAS și de un consiliu tripartit.

ART. 70

(1) Activitatea de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale este organizată la nivel de direcție generală în cadrul CNPAS.

(2) Conducerea executivă a activității de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale este asigurată de un director general cu rang de înalt funcționar public, numit în condițiile legii de către președintele CNPAS.

(3) Ocuparea funcției de director general se face în condițiile legii.

(4) Salarizarea directorului general se face la nivelul salariului stabilit de lege pentru funcția de secretar general din ministere.

ART. 71

(1) Consiliul tripartit este format din 9 membri:

a) 3 reprezentanți ai Guvernului, dintre care președintele CNPAS și directorul general prevăzut la art. 70 alin. (2) - membri de drept, iar al treilea, un reprezentant al Agenției Naționale de Administrare Fiscală, desemnat de Ministerul Finanțelor Publice;

b) 3 reprezentanți ai salariaților, desemnați prin consens de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, conform [Legii nr. 130/1996](#) privind contractul colectiv de muncă, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) 3 reprezentanți ai patronilor, desemnați prin consens de confederațiile patronale reprezentative la nivel național, conform [Legii nr. 130/1996](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Membrii consiliului tripartit își desfășoară activitatea în baza unui mandat pe o durată de 4 ani.

(3) Președintele CNPAS este și președintele consiliului tripartit.

(4) Indemnizația de ședință pentru membrii consiliului tripartit, cu excepția președintelui CNPAS și a directorului general, este egală cu 10% din indemnizația lunară a unui secretar de stat.

(5) Totalul sumelor convenite unui membru al consiliului tripartit ca urmare a participării la ședințe nu poate depăși, într-o lună, 20% din indemnizația lunară a unui secretar de stat.

ART. 72

(1) În îndeplinirea atribuțiilor prevăzute la art. 68, în structura organizatorică a CNPAS se înființează structuri specializate pentru urmărirea și asigurarea:

a) activității de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

b) activității de reabilitare medicală, reabilitare socioprofesională și tratament medical;

c) evidenței contribuțiilor, prestațiilor și serviciilor acordate și a costurilor de asigurare.

(2) Organizarea structurilor prevăzute la alin. (1) se aprobă prin hotărâre a Guvernului de modificare a Statutului CNPAS*).

*) A se vedea [Hotărârea Guvernului nr. 227/2009](#) pentru modificarea și completarea Statutului Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări

Sociale, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 13/2004](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 157 din 13 martie 2009.

ART. 73

Prin Statutul CNPAS se stabilesc atribuțiile, organizarea și funcționarea la nivel central și teritorial a structurilor care asigură desfășurarea activității de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, precum și atribuțiile consiliului tripartit.

ART. 74

(1) La nivelul caselor teritoriale de pensii, pentru activitatea de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se constituie consilii tripartite consultative.

(2) Componența, atribuțiile, organizarea și funcționarea consiliilor tripartite consultative se stabilesc prin Statutul CNPAS**).

(3) Membrii desemnați în consiliile tripartite consultative nu beneficiază de indemnizație de ședință.

***) A se vedea [Hotărârea Guvernului nr. 13/2004](#) privind aprobarea Statutului Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 56 din 23 ianuarie 2004, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 75

(1) Persoanele care datorează contribuții de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale pot constitui asociații la nivelul sectoarelor de activitate ale economiei naționale.

(2) Asociațiile profesionale de asigurare sunt organisme paritare, care se constituie și funcționează ca persoane juridice în condițiile prezentei legi și ale [Ordonanței Guvernului nr. 26/2000](#), aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 246/2005](#), cu modificările ulterioare.

(3) Asociațiile profesionale de asigurare își pot elabora regulamente și instrucțiuni proprii.

(4) În vederea funcționării asociațiile profesionale de asigurare sunt obligate să solicite autorizarea de către CNPAS.

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

Criterii de autorizare a asociațiilor profesionale

ART. 100

În vederea îndeplinirii dispozițiilor [art. 84 alin. \(4\) din Legea nr. 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 [Ordonanței Guvernului nr. 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 independență 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 evidență aferente acestei activități.

ART. 105

Asociațiile profesionale de asigurare trebuie să dispună de un sistem propriu de management al calității certificat conform standardelor în vigoare.

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 procedeelor 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) defalcat pe domeniile de specialitate aferente activității de prevenire;

b) lista dotărilor tehnice (echipamente) și logistice (tehnică de calcul, software) existente, absolut necesare pentru desfășurarea activității în domeniile de specialitate respective.

ART. 108

Situația financiară, menită să asigure stabilitate și suport financiar adecvat pentru desfășurarea activităților specifice fără presiuni exterioare de orice natură, se demonstrează prin indicatorii și mijloacele financiare rezultate din ultimul bilanț anual și din bugetul pe anul în curs (sau din alte documente în ceea ce privește: cifra de afaceri, profit sau pierderi, finanțarea activității etc.).

Criteria deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale

ART. 110

Prin criteriile deontologice pentru personalul asociațiilor profesionale se urmărește îndeplinirea următoarelor cerințe:

a) asigurarea obiectivității și imparțialității în executarea activității specifice;

- b) păstrarea secretului profesional;
- c) asigurarea independenței personalului în instrumentarea activităților și luarea deciziilor aferente.

ART. 111

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

ART. 112

(1) În același timp, prin îndeplinirea criteriilor deontologice se are în vedere nivelul de confidențialitate și securitate al activității și documentelor specifice.

(2) Nivelul de confidențialitate și securitate se evaluează pe baza următoarelor subcriterii:

a) asigurarea confidențialității informațiilor vehiculate în cadrul desfășurării activității de prevenire și a celor cuprinse în documentele elaborate și arhivate;

b) limitarea accesului la documentele din arhivă prin dispoziții scrise ale conducerii furnizorilor de servicii de prevenire;

c) luarea de măsuri pentru ca personalul implicat în activitatea de prevenire să nu aibă acces la elementele de secret profesional care nu îl privesc;

d) limitarea prin măsuri specifice a difuzării elementelor confidențiale către întreaga masă a personalului din cadrul furnizorului de servicii de prevenire;

e) luarea de măsuri pentru păstrarea în siguranță a documentelor privind activitatea de prevenire.

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

ART. 76

Solicitarea în vederea obținerii autorizației de funcționare se depune la sediul CNPAS, însoțită de următoarele documente:

a) actul constitutiv, un memoriu de fundamentare cuprinzând obiectul, scopul activității, precum și orice alte elemente necesare, potrivit cerințelor prevăzute de normele metodologice de aplicare a prezentei legi***);

b) statutul asociației profesionale de asigurare.

***) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

ART. 77

CNPAS analizează solicitarea, luând în considerare criteriile de oportunitate, urmând ca în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii să emită autorizația sau să respingă, prin decizie motivată, solicitarea de autorizare.

ART. 78

Asociațiile profesionale de asigurare exercită următoarele atribuții:

a) prestează servicii în scopul prevenirii accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

b) acordă prestațiile de asigurare prevăzute în prezenta lege și întocmesc documentația necesară în vederea acordării acestora;

c) elaborează studii și evaluări privind riscul de accidentare și îmbolnăvire profesională;

d) țin evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, a prestațiilor acordate și a costurilor aferente;

e) asigură acordarea de prestații medicale prin servicii proprii sau pe bază de contract încheiat cu furnizorii de servicii medicale, potrivit legii;

f) verifică modul în care sunt utilizate prestațiile bănești acordate pentru serviciile de reabilitare medicală și socioprofesională.

ART. 79

Asociațiile profesionale de asigurare au obligația de a supune anual aprobării CNPAS situația financiară și bugetul de venituri și cheltuieli.

CAP. VIII

Contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

ART. 80

(1) Datorează contribuții de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale următorii:

- a) angajatorii, pentru asigurații prevăzuți la art. 5 și 7;
- b) asigurații prevăzuți la art. 6.

(2) Contribuția de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, în cazul șomerilor, se suportă integral din bugetul asigurărilor pentru șomaj, se datorează pe toată durata efectuării practicii profesionale în cadrul cursurilor organizate potrivit legii și se stabilește în cotă de 1% aplicată asupra cuantumului drepturilor acordate pe perioada respectivă.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (1) lit. a), angajatorii nu datorează contribuții pentru persoanele prevăzute la art. 5 alin. (1) lit. d).

ART. 81

Contribuția se stabilește astfel încât să acopere costul prestațiilor și serviciilor pentru cazurile asigurate, cheltuielile pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, precum și cheltuielile administrative.

ART. 82

(1) Contribuțiile se stabilesc în funcție de tarife și clase de risc.

(2) Tarifalul de risc se determină pentru fiecare sector de activitate în funcție de riscul de accidentare și de îmbolnăvire profesională din cadrul sectorului respectiv.

(3) În cadrul tarifelor de risc diferențierea pe categorii de activități se realizează prin clase de risc.

ART. 83

(1) Tarifele și clasele de risc se stabilesc potrivit normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului*).

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006

ART. 113

În conformitate cu prevederile [art. 99 alin. \(1\) din Legea nr. 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 muncă și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului.

(2) Tarifele și clasele de risc se revizuiesc o dată la 4 ani.

(3) Pentru prima perioadă de funcționare a sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, tarifele și clasele de risc se pot modifica și la un interval de timp mai scurt de 4 ani, dar numai o singură dată.

*) A se vedea [Hotărârea Guvernului nr. 144/2008](#) privind aprobarea Normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 124 din 18 februarie 2008, cu modificările ulterioare.

ART. 84

(1) Încadrarea în clasele de risc se face de către asigurator, corespunzător activității principale desfășurate în fiecare unitate.

(2) În sensul prezentei legi se va considera activitate principală activitatea cu numărul cel mai mare de angajați.

ART. 85

Abrogat.

Art. 85 a fost abrogat de litera c) a [art. VII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

ART. 86

(1) Contribuția datorată de persoanele fizice prevăzute la art. 6 este unică, în valoare de 1%, aplicată asupra venitului lunar asigurat, indiferent de activitatea prestată.

(2) Baza lunară de calcul pentru aceste contribuții o reprezintă venitul lunar prevăzut în contractul individual de asigurare, care nu poate fi mai mic decât salariul de bază minim brut pe țară.

ART. 87

Clasa de risc și cota de contribuție datorată se comunică de către asigurator angajatorului anual sau ori de câte ori este nevoie.

ART. 88

Asiguratorul are dreptul de a verifica, prin serviciile proprii de control, datele comunicate de angajator pentru încadrarea în clasele de risc.

ART. 89

Abrogat.

Art. 89 a fost abrogat de litera c) a [art. VII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

ART. 90

În cazul reorganizării judiciare sau al falimentului angajatorului, sumele datorate de acesta pentru asigurare vor fi recuperate potrivit legii.

ART. 91

(1) Neplata contribuției de asigurare de către asigurații prevăzuți la art. 6 la termenul stabilit atrage neacordarea drepturilor la prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Neplata contribuției de asigurare de către asigurații prevăzuți la art. 6 pe o perioadă de 3 luni consecutive constituie pentru asigurator motiv de reziliere de drept a contractului individual de asigurare.

ART. 92

(1) Asiguratorul poate să aprobe anual majorări sau reduceri ale cotelor contribuțiilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Nivelul majorării sau al reducerii cotelor se stabilește în principal după următoarele criterii:

- a) numărul accidentelor de muncă și al bolilor profesionale pe o perioadă de referință;
- b) gravitatea consecințelor accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;
- c) volumul cheltuielilor pentru prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- d) existența locurilor de muncă încadrate în condiții deosebite sau speciale.

CAP. IX

Veniturile și cheltuielile asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale

ART. 93

Veniturile pentru asigurările de accidente de muncă și boli profesionale se constituie din:

- a) contribuții de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale datorate de persoanele juridice, precum și de persoanele fizice care încheie asigurare;
- b) majorări de întârziere;
- c) alte venituri, potrivit legii.

ART. 94

(1) Veniturile din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale datorate de persoanele fizice și juridice, în condițiile prezentei legi, se prevăd distinct la partea de venituri a bugetului asigurărilor sociale de stat.

(2) Veniturile prevăzute la art. 93 sunt destinate în exclusivitate pentru finanțarea prestațiilor și serviciilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale prevăzute de prezenta lege, precum și pentru finanțarea organizării și funcționării sistemului de asigurare reglementat de prezenta lege.

ART. 95

(1) Cheltuielile pentru prestațiile și serviciile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale și cheltuielile pentru organizarea și funcționarea acestui sistem se prevăd distinct la partea de cheltuieli a bugetului asigurărilor sociale de stat.

(2) Cheltuielile pentru prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se efectuează pentru:

- a) reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă;
- b) reabilitarea și reconversia profesională;
- c) investigații de specialitate și analize de laborator, necesare stabilirii caracterului de profesionalitate al bolilor;
- d) indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă;
- e) indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizația pentru reducerea timpului de muncă;
- f) compensațiile pentru atingerea integrității;
- g) despăgubirile în caz de deces;
- h) rambursările de cheltuieli;
- i) activitatea de prevenire a accidentelor de muncă și bolilor profesionale;
- j) servicii medicale acordate în unități sanitare cu personalitate juridică și secții de boli profesionale sau în sistem ambulatoriu prin cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor, inclusiv la Sanatoriul de boli profesionale Avrig, județul Sibiu*), persoanelor care suferă de boli profesionale.

(3) Cheltuielile pentru organizarea și funcționarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se asigură în limita sumelor aprobate cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat.

(4) Lista serviciilor medicale acordate în unități sanitare cu personalitate juridică și secții de boli profesionale sau în sistem ambulatoriu prin cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor, inclusiv la Sanatoriul de boli profesionale Avrig, se stabilește prin norme metodologice**) aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei și protecției sociale.

*) Sanatoriul de boli profesionale Avrig, județul Sibiu, a fost desființat, activitatea sa fiind preluată de Spitalul Clinic Județean Sibiu, prin [Hotărârea Guvernului nr. 418/2006](#) pentru desființarea Sanatoriului de boli profesionale

Avrig și reorganizarea Spitalului Clinic Județean Sibiu, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 321 din 10 aprilie 2006.

**) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

ART. 96

(1) Excedentele anuale rezultate în cazul în care veniturile depășesc cheltuielile sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se raportează în anul următor, utilizându-se pentru finanțarea cheltuielilor prevăzute la art. 95 alin. (2).

(2) Eventualele deficite înregistrate pe parcursul execuției și deficitul anual rezultat în cazul în care veniturile sunt depășite de cheltuielile sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se acoperă din disponibilitățile înregistrate în anul precedent de sistem.

ART. 97

(1) Execuția de casă a fondurilor aferente sistemului de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale se realizează prin Trezoreria Statului.

(2) Disponibilitățile sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se păstrează în Trezoreria Statului și sunt purtătoare de dobânzi.

ART. 98

Disponibilitățile fondului inițial pentru funcționarea sistemului de asigurare înregistrate la data de 31 decembrie 2003, așa cum au fost constituite conform [Legii bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2003 nr. 632/2002](#), cu modificările ulterioare, se preiau de către CNPAS spre administrare.

CAP. X

Răspunderea juridică

ART. 99

Încălcarea dispozițiilor prezentei legi atrage răspunderea disciplinară, materială, civilă, contravențională sau penală, după caz, potrivit legii.

ART. 100

Fapta persoanei care utilizează sumele destinate asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale în alte scopuri decât cele prevăzute de lege constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă.

ART. 101

Furnizarea de informații false la stabilirea contribuțiilor datorate sau a prestațiilor convenite potrivit prezentei legi constituie infracțiunea de fals intelectual și se pedepsește potrivit dispozițiilor Codului penal.

ART. 102

(1) Constituie contravenții următoarele fapte și se sancționează cu amendă de la 200 lei la 500 lei:

- a) nedeplinarea la termen a declarației prevăzute la art. 10 și 11;
- b) nerespectarea obligației de comunicare prevăzute la art. 10, 11 și 50;
- c) refuzul de a pune la dispoziție informațiile solicitate potrivit art. 58;
- d) nerespectarea metodologiei de încadrare în clasele de risc prevăzute la art. 83 și 84;

e) nerespectarea prevederilor art. 85 alin. (1) și ale art. 86 alin. (2) privind baza de calcul a contribuțiilor;

f) nerespectarea prevederilor art. 82, art. 85 alin. (2) și ale art. 86 alin. (1) privind stabilirea contribuției de asigurare și a cotelor acestei contribuții;

g) furnizarea de informații eronate la stabilirea contribuțiilor datorate sau a prestațiilor convenite, dacă fapta nu este săvârșită cu intenție;

h) nerespectarea obligației de plată prevăzute la art. 13.

(2) Cuantumul amenzilor prevăzute la alin. (1) se actualizează în raport cu rata inflației, prin hotărâre a Guvernului.

ART. 103

(1) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor se fac prin proces-verbal de către personalul împuternicit din cadrul CNPAS sau de către autoritățile publice abilitate potrivit legii.

(2) În caz de constatare a unei situații care se încadrează la art. 100 și 101, persoanele abilitate prevăzute la alin. (1) vor sesiza de îndată organele de urmărire penală competente, potrivit legii.

(3) Dispozițiile prezentei legi se completează cu prevederile [Ordonanței Guvernului nr. 2/2001](#) privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 180/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

ART. 104

(1) Procesul-verbal de constatare a contravențiilor și de aplicare a sancțiunii se comunică contravenientului în termen de 15 zile de la întocmire și constituie titlu executoriu de la data comunicării.

(2) Împotriva procesului-verbal se poate face plângere, în termen de 15 zile de la comunicare, la instanța judecătorească în a cărei rază teritorială a fost săvârșită contravenția.

ART. 105

Sumele încasate din amenzile contravenționale, aplicate conform prezentei legi, se fac venit la bugetul de stat.

CAP. XI

Jurisdicția asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale

ART. 106

Jurisdicția asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale se realizează prin secțiile de asigurări sociale sau, după caz, prin completele specializate pentru asigurări sociale, constituite la nivelul tribunalelor și curților de apel, cu respectarea condițiilor prevăzute de [Legea nr. 92/1992](#) pentru organizarea judecătorească, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 107

În primă instanță tribunalele soluționează litigiile privind:

- a) modul de calcul al contribuției de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, precum și majorarea sau micșorarea cotei de contribuție;
- b) înregistrarea și evidența contribuției de accidente de muncă și boli profesionale;
- c) încadrarea într-o clasă de risc a angajatorului;
- d) refuzul nejustificat de rezolvare a unei cereri privind drepturile la asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- e) modul de stabilire și de plată a prestațiilor și serviciilor cuvenite beneficiarilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- f) plângerile împotriva proceselor-verbale de constatare a contravențiilor, încheiate conform prezentei legi;
- g) orice alte decizii ale asigurătorului, în conformitate cu prevederile prezentei legi.

ART. 108

(1) Sunt competente teritorial tribunalele în a căror rază se află domiciliul pârâtului.

(2) În cazul în care, prin excepții, obiectul litigiului îl formează o contestație împotriva CNPAS sau caselor teritoriale de pensii, competența teritorială revine tribunalului în a cărui rază se află domiciliul sau sediul reclamantului.

ART. 109

Împotriva hotărârii tribunalului se poate face recurs la curtea de apel competentă.

ART. 110

Prevederile prezentei legi referitoare la jurisdicția asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale se completează cu dispozițiile Codului de procedură civilă, republicat, cu modificările și completările ulterioare, ale [Legii nr. 92/1992](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu orice alte dispoziții în materie.

ART. 111

Acțiunile în instanță și toate actele procedurale în legătură cu litigiile având ca obiect drepturi sau obligații de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale sunt scutite de taxa judiciară de timbru.

ART. 112

(1) Sumele încasate necuvenit cu titlu de prestații și servicii pentru accidente de muncă și boli profesionale se recuperează de la beneficiari în termenul general de prescripție de 3 ani.

(2) Sumele prevăzute la alin. (1) se recuperează de la beneficiari în baza deciziei organului competent, care constituie titlu executoriu. Sumele rămase nerecuperate de pe urma beneficiarilor decedați nu se mai urmăresc.

CAP. XII

Dispoziții tranzitorii și finale

ART. 113

(1) Prezenta lege intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2005, cu excepția prevederilor referitoare la constituirea fondului inițial de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, care intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2003, a serviciilor medicale din unitățile sanitare cu personalitate juridică și secțiile de boli profesionale și a cabinetelor de medicina muncii aflate în subordinea spitalelor, inclusiv la Sanatoriul de boli profesionale (Avrig*), care se suportă, conform prevederilor prezentei legi, din fondurile sistemului de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, de la data de 1 ianuarie 2006.

*) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 95 alin. (2) lit. j).

(2) În anul 2005 finanțarea cheltuielilor unităților sanitare cu personalitate juridică și secțiilor de boli profesionale, precum și cabinetelor de medicina muncii se suportă de la bugetul de stat.

(3) În baza documentelor prevăzute la art. 53, contravaloarea serviciilor medicale acordate în caz de accident de muncă și boală profesională de către furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, servicii care fac obiectul contractelor încheiate între aceștia, se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, iar ulterior contravaloarea acestora se recuperează din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat, în conformitate cu termenele și condițiile prevăzute în cuprinsul normelor metodologice**) de aplicare a prezentei legi.

**) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

(4) Contravaloarea serviciilor medicale prestate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și secțiile de boli profesionale, precum și în cadrul cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat,

pe baza contractelor încheiate de spitale cu casele teritoriale de pensii, în conformitate cu procedura de contractare și plată a prestațiilor medicale, stabilită prin normele metodologice**) de aplicare a prezentei legi.

**) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

(5) În situația persoanelor internate în unități sanitare cu personalitate juridică și secții de boli profesionale în cursul anului 2006, pentru care se infirmă caracterul profesional al bolii, contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora și validate de casele de asigurări de sănătate se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat, contravaloarea acestora urmând a se recupera, prin decontare în baza actelor justificative, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu prevederile normelor metodologice*) de aplicare a prezentei legi.

*) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

(6) Prevederile alin. (5) se aplică în mod corespunzător și pentru perioadele ulterioare anului 2006.

(7) Decontarea contravalorii serviciilor medicale confirmate în condițiile alin. (5), între casele de asigurări de sănătate și casele teritoriale de pensii, se efectuează din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în limita indicatorilor cuprinși în contractele de furnizare de servicii pentru boli profesionale, în conformitate cu prevederile normelor metodologice de aplicare a prezentei legi.

(8) Cheltuielile reprezentând contravaloarea serviciilor medicale prevăzute la alin. (4) și (5) efectuate în primul trimestru al anului 2006 se decontează după încheierea acestuia, în conformitate cu prevederile contractelor încheiate potrivit prevederilor alin. (4).

(9) Cheltuielile efectuate în primul trimestru al anului 2006 de către unitățile sanitare cu personalitate juridică finanțate integral din bugetul de stat, respectiv de Sanatoriul de boli profesionale Avrig**), se suportă de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății.

**) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 95 alin. (2) lit. j).

(10) Tratamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunică medicului de familie prin scrisoare medicală, conform prevederilor legale în vigoare, decontarea prestațiilor urmând a se realiza conform prevederilor alin. (3).

(11) Rambursarea serviciilor medicale acordate lucrătorilor asigurați conform prevederilor legislației române se va realiza în conformitate cu facturile și documentele justificative trimise de instituțiile competente ale țărilor membre Uniunii Europene sau ale țărilor prevăzute în acordurile bilaterale.

(12) Cheltuielile de transport necesare pentru repatriere în cazul decesului unui lucrător asigurat conform prevederilor legale române în vigoare, ca urmare a unui accident de muncă sau boală profesională, se suportă din sumele prevăzute cu această destinație pentru accidente de muncă și boli profesionale din bugetul asigurărilor sociale de stat.

(13) Contravaloarea serviciilor medicale prestate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și secțiile de boli profesionale, precum și în cadrul cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat,

pe baza contractelor încheiate de spitale cu casele teritoriale de pensii, indiferent dacă se confirmă sau se infirmă caracterul de muncă.

(14) Procedura de contractare și plată a prestațiilor medicale prevăzute la alin. (13) se stabilește prin normele metodologice*) de aplicare a prezentei legi.

*) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

(15) Procedura privind investigarea și diagnosticarea bolilor profesionale, precum și lista prestațiilor medicale aferente se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse.

ART. 114*)

(1) În perioada 1 ianuarie 2003-31 decembrie 2004 contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale sunt destinate exclusiv constituirii fondului inițial necesar pentru funcționarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Cota de contribuție datorată de angajatori și de persoanele fizice care încheie contracte individuale de asigurare este de 0,5%, indiferent de clasa de risc.

(3) Începând cu data de 1 ianuarie 2004, CNPAS va administra fondurile sistemului de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale prin structurile înființate pentru acest scop.

*) NOTA C.T.C.E. S.A. Piatra-Neamț:

Conform [art. 19 din Cap. III din LEGEA nr. 287 din 28 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 880 din 28 decembrie 2010, cotele de contribuții datorate de angajatori în funcție de clasa de risc, potrivit prevederilor [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, republicată, se stabilesc de la 0,15% la 0,85%, aplicate asupra sumei veniturilor brute realizate lunar.

Cotele prevăzute la alin. (1) se aplică începând cu veniturile aferente lunii ianuarie 2011.

ART. 115

Perioada de suspendare a contractului individual de muncă în cazul concediului pentru incapacitate temporară de muncă datorată producerii unui accident de muncă sau boală profesională se consideră vechime în muncă.

ART. 116

Direcțiile de sănătate publică efectuează selectarea cazurilor de boală profesională prevăzute la art. 22 alin. (2) și trimit caselor teritoriale de pensii fișele de declarare BP2, completate în conformitate cu prevederile [Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006](#).

ART. 117

Până la data de 31 decembrie 2004 Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și Ministerul Sănătății vor elabora și vor aproba normele metodologice*) de aplicare a prezentei legi, care se vor publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

*) A se vedea nota de subsol corespunzătoare asteriscului marcat la art. 6 alin. (2).

Norma de aplicare

. NORMA (A) 05/07/2006
ART. 1

Prezentele norme metodologice stabilesc modalitățile de reglementare a unor proceduri, metode și mijloace de aplicare unitară a prevederilor Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 118

Prezenta lege se completează cu dispozițiile Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, ale Legii nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale, ale legislației privitoare la regimul contravențiilor, precum și cu dispozițiile legislației de asigurări sociale.

ART. 119

(1) Pe data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă art. 100 alin. (2) din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare prezentei legi.

(2) Dispozițiile art. 98 alin. (1) lit. a) și b) și alin. (3), art. 102, 104, art. 108 alin. (2), art. 109 alin. (1) lit. a), b), d), e) și f) și alin. (2), art. 111, 112, 114 și 115 din Legea nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare, își vor menține aplicabilitatea pentru toate situațiile prevăzute în legea sus-menționată, cu excepția celor generate de accidente de muncă și boli profesionale, asigurate în conformitate cu prevederile prezentei legi.

NOTĂ:

Reproducem mai jos prevederile care nu sunt încorporate în textul republicat al Legii nr. 346/2002 și care se aplică, în continuare, ca dispoziții proprii ale actelor modificatoare:

- art. IV și V din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 107/2003 pentru modificarea și completarea Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale:

"Art. IV. - În cuprinsul Legii nr. 346/2002, cu modificările ulterioare, sintagmele «Fondul Național de Asigurare pentru Accidente de Muncă și Boli Profesionale», respectiv «Fondul Național», precum și «fondurile teritoriale de asigurare pentru accidentele de muncă și boli profesionale» și «fondurile teritoriale» se înlocuiesc corespunzător cu sintagmele «Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale», respectiv «CNPAS» și «casele teritoriale de pensii și alte drepturi de asigurări sociale», respectiv «casele teritoriale de pensii».

Art. V. - Pe data de 1 ianuarie 2005 se abrogă prevederile referitoare la accidente de muncă și boli profesionale din cap. V «Alte drepturi de asigurări sociale» din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare.";

- art. II din Legea nr. 186/2006 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 171/2005 pentru modificarea și completarea Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale:

"Art. II. - În tot cuprinsul Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, se înlocuiește termenul «clinici» cu sintagma «unități sanitare cu personalitate juridică»."
