

Formular nr.2-04/1

LISTA
de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern
categoria _____
denumirea categoriei

de la _____
denumirea instituției responsabile de prezentarea listei

IDNO/cod fiscal _____

Nr. d/o	Numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP) sau seria și numărul actului de identitate provizoriu	Numele, prenumele, patronimicul persoanei	Data, luna, anul nașterii	Statutul (1 – inclus în categorie, 2 – exclus din categorie)	Data atribuirii la categoria indicată în coloana 5
1	2	3	4	5	6

Instituția a inclus ____/exclus ____ persoane.

Data prezentării ____ 20__

INSTITUȚIA

L.Ș.

ASIGURĂTORUL

Compania Națională de Asigurări în Medicină
Agenția teritorială _____

L.Ș.

INSTRUCȚIUNE

de completare și prezentare a Formularului nr.2-04/1 „Lista de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern”

1. Prezenta instrucțiune stabilește modul de completare și prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern – Formularul nr. 2-04/1 (în continuare - Formular), care se întocmește pe un formular oficial, aprobat conform anexei nr.3 la prezentul ordin.

2. Obligația de prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern, conform art. 10 alin. (2) lit. d) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, o au instituțiile Republicii Moldova responsabile de ținerea evidenței nominale a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, indicată la art.4 alin.(9) al aceleiași legi (în continuare – Instituții abilitate).

3. Categoriile de persoane asigurate de Guvern sunt stabilite la art. 4, alin 4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu modificările și completările ulterioare.

4. Formularul se completează pentru fiecare categorie de persoane asigurate separat.

5. Instituțiile abilitate, odată cu includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern, prezintă Formularul, până la data de 7 a lunii următoare celei în care a avut loc includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern. În liste vor fi incluse numai persoanele asigurate de Guvern.

6. Neprezentarea în termenul stabilit de legislație a listelor de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, precum și a modificărilor survenite în liste constituie o contravenție și se sancționează conform Codului Contravențional.

7. Formularul se prezintă Agențiilor teritoriale pe suport de hârtie cu aplicarea semnăturii olografe a conducătorului instituției abilitate/ persoanei numită responsabilă de prezentarea Formularului prin ordinul conducătorului instituției abilitate (în continuare – persoană responsabilă), autenticată cu ștampila Instituției abilitate sau utilizând metode automatizate de raportare electronică cu aplicarea semnăturii digitale, a conducătorului instituției abilitate/ persoanei responsabile.

8. Formularul se completează în limba de stat (în mod electronic în format .xls/format creat de aplicația Formular 2-04/1, disponibilă pe site-ul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) – www.cnam.md), se printează pe suport de hârtie în două exemplare: un exemplar al formularului rămâne la Agenția teritorială și unul se restituie Instituției abilitate cu mențiunea Agenției teritoriale despre primire, care constituie drept confirmare a recepționării formularului.

9. Formularul poate fi întocmit și expediat, opțional, prin intermediul canalelor electronice, în format electronic, în regim on-line și cu aplicarea semnăturii

digitale și drept confirmare de recepționare este recipisa electronică. În acest caz în Formular se includ doar persoane ce dețin IDNP. Formularul cu persoanele ce nu dețin IDNP se vor prezenta doar pe suport de hârtie, în Formular separat.

10. Cerințele de bază la completarea Formularului sunt plenitudinea și veridicitatea datelor înscrise.

11. La prezentarea Formularului nu se admit modificări și corectări. În cazul în care în Formulare sunt depistare greșeli și/sau erori semnificative, Agențiile teritoriale sunt în drept să solicite prezentarea repetată a acestora cu introducerea modificărilor și corectărilor corespunzătoare.

12. Agențiile teritoriale, în baza Formularului prezentat de către Instituția abilitată:

- 1) activează/dezactivează statutul de persoană asigurată;
- 2) completează, semnează și parafează Formularul;
- 3) restituie un exemplar de Formular semnat și parafat persoanei responsabile a Instituției abilitate.

13. Persoanele asigurate ce nu dețin polița de asigurare obligatorie de asistență medicală (în continuare – polița de asigurare) din diverse motive pot obține polița de asigurare la sediul Agențiilor teritoriale sau reprezentanții teritoriali ai acestora, adresându-se personal sau prin intermediul reprezentanților legali.

14. La completarea Formularului se vor respecta următoarele condiții:

în rîndul **Categoria** se va indica una din următoarele categorii conform competenței Instituției abilitate:

- 1) copiii de vîrstă preșcolară;
- 2) elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- 3) elevii din învățămîntul secundar profesional;
- 4) elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt de zi;
- 5) studenții din învățămîntul superior universitar cu învățămînt de zi,
- 6) rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu la cursuri de zi;
- 7) doctoranzii la cursuri de zi
- 8) masteranzii la cursuri de zi;
- 9) copiii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;
- 10) gravide, parturiente și lăuze;
- 11) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- 12) pensionari;
- 13) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- 14) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 15) mame cu patru și mai mulți copii;
- 16) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social.
- 17) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

18) cetățeni Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stânga Nistrului (Transnistria) din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul;

în rîndul **de la denumirea instituției responsabile de prezentarea listei** se indică denumirea Instituției abilitate conform actelor de constituire;

în rîndul **IDNO/cod fiscal** se indică codul de identificare/codul fiscal al Instituției abilitate;

în **coloana 1** se indică numărul de ordine al înscrierii din Formular;

în **coloana 2** se înscrie numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP - 13 cifre) înscris în actul de identitate. În cazul persoanelor care renunță la numărul de identificare de stat și la evidența automatizată în Registrul de stat al populației se va indica seria și numărul actului de identitate provizoriu;

în **coloana 3** se indică numele, prenumele și patronimicul deplin al persoanei fizice, conform actelor ei de identitate;

în **coloana 4** se indică data, luna și anul nașterii a persoanei fizice în format ZZ.LL.AAAA;

în **coloana 5** se indică statutul conform următoarelor condiții:

1) cifra 1 se indică în cazul includerii persoanei în categoria de persoane neangajate asigurate de Guvern;

2) cifra 2 se indică în cazul excluderii persoanei din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern (pierderii statutului, finisarea studiilor, deces etc.);

în **coloana 6** se indică data, luna anul atribuirii la categoria din coloana 5 în format ZZ.LL.AAAA, care coincide cu data din documentația de evidență a Instituției abilitate;

în rîndul **Instituția a inclus ___/exclus ___ persoane** se indică numărul total a persoanelor incluse/excluse din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern;

în rîndul **Data prezentării** se indică data, luna și anul prezentării Formularului;

în rubrica **INSTITUȚIA** se indică adresa juridică a instituției responsabile de prezentarea listei, numele și prenumele conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile, telefonul de contact a conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile și se aplică semnătura olografă a conducătorului Instituției abilitate/ persoanei responsabile, autentificată cu ștampila Instituției abilitate;

în rubrica **ASIGURĂTORUL Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția teritorială** se indică denumirea Agenției teritoriale, data recepționării Formularului, numele, prenumele persoanei, care a recepționat Formularul, din cadrul Agenției teritoriale/CNAM și se aplică semnătura și ștampila persoanei, care a recepționat Formularul.