Aprobat
Ordinul CNAM
nr. 104-A din 01 aprilie 2015

Formular nr.C-01

1 **Se completează de către beneficiar/în numele beneficiarului de către reprezentantul legal**

Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Subsemnatul (a)

NUME

PRENUME

IDNP sau seria şi numărul actului de identitate pentru personae fără IDNP

solicit eliberarea/activarea poliţei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pe motiv că fac parte din categoriile de persoane asigurate de către Guvern, categoria _____.

Prin prezenta confirm pe propria răspundere, că nu sunt persoană încadrată în cîmpul muncii şi nu fac parte din categoria de persoane ce are obligaţia de a achita prima de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în sumă fixă, în mod individual.

Accept şi consimt că datele mele cu caracter personal vor fi procesate de către CNAM.

Am luat cunoştinţă de prevederile acelor normative din domeniu.

Anexă (după caz): 1. _____

_____

2. _____

_____

Data

Semnătura

2 **Se completează în cazul în care cererea este depusă de reprezentantul legal/ rudă**:

IDNP sau seria şi numărul actului de identitate pentru personae fără IDNP

3 **Se completează de către reprezentantul CNAM:**

Poliţa de asigurare

Categoria

Acţiunea: Eliberată ☐ Activată ☐ Dezactivată ☐ Refuz ☐

Motivul refuzului: _____

_____

Data

Semnătura executorului

4

Am primit poliţa de asigurare

_____

Semnătura beneficiarului