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

Formular nr.C-03

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

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 pentru anul 20__ cu achitarea primei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în sumă fixă cu reducere în mărime de 75% şi aplicarea scutirilor în vigoare.

Prin prezenta confirm pe propria răspundere, că nu sunt persoană încadrată în cîmpul muncii, nu fac parte din categoriile de persoane asigurate de către Guvern şi nu fac parte din următoarele categorii de persoane:

1. fondator de întreprindere individuală;
2. persoană fizică care, pe bază de contract, ia în arendă sau folosinţă terenuri cu destinaţie agricolă, cu excepţia grădinilor şi loturilor pentru legumicultură;
3. titular de patentă de întreprinzător;
4. persoană fizică care dă în arendă unităţi de transport, încăperi, utilaje şi alte bunuri materiale, cu excepţia terenurilor cu destinaţie agricolă, cu excepţia grădinilor şi loturilor pentru legumicultură;
5. notar, executor judecătoresc sau avocat.

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: 1. Ordinele de încasare a numerarului/ordin de plată: ☐ original; ☐ copie.

2. Copia _____
documentului ce confirmă statutul de deţinător a terenului agricol

3. Alte documente (după caz) _____

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 fărăIDNP

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