

1 Se completează de către beneficiar/in numele beneficiarului de catre reprezentant legal
Compania Națională de Asigurări în Medicină

Subsemnatul (a)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRENUME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDNP sau seria și numărul actului de identitate pentru persoane fără IDNP

solicit eliberarea/activarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anul 20__ cu achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, în mod individual și aplicarea scutiilor în vigoare.

Prin prezenta confirm pe propria răspundere că nu sunt persoană angajată în câmpul muncii și nu fac parte din categoriile de persoane asigurate din contul bugetului de stat.

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

Am luat cunoștință de prevederile acelor normative din domeniu și prevederile art. 23¹ a Legii cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medical, nr. 1593 din 26.12.2002 privitor la faptul că pot beneficia de asistență medicală în baza poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală după expirarea a 7 zile calendaristice din momentul achitării primei de asigurare și a penalităților aferente acesteia.

Anexă: 1. Ordin de încasare a numerarului/ordin de plată: original; copie.

2. Alte documente (după caz) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătura

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDNP sau seria și numărul actului de identitate pentru persoane fără IDNP

3 Se completează de către reprezentantul CNAM:

Polița de asigurare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Categoria

--	--	--	--

Acțiunea: Eliberată Activată Dezactivată Refuz

Motivul dezactivării/refuzului: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătura executorului

4 Am primit polița de asigurare

Semnătura beneficiarului