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

Formular nr.C-05

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 duplicatului poliţei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

Anexă:_____

Data _____ Semnătura _____

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

_____

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

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

Eliberat duplicat la polița de asigurare _____ Categoria _____

Data _____ Semnătura executorului _____

4

Am primit poliţa de asigurare

_____

Semnătura beneficiarului