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

**Formular nr.C-06**

1 **Se completează de către reprezentantul angajatorului**

nr.___ din_____ 201__

**Compania Naţională de Asigurări în Medicină**

Demers

Entitatea

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

DENUMIREA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

IDNO

prin prezenta solicită eliberarea duplicatelor poliţelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru următoarele persoane:

| Nr. d/o | IDNP | Numărul poliţei |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Data

_____

Semnătura conducătorului

L.Ş.

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

Eliberat duplicat(e) la poliţe de asigurare | | | | Categoria | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Data

_____

Semnătura executorului

3 Angajatorul este obligat să înmâneze poliţele de asigurare primite în termen de 5zile fiecărei persoane asigurate, cerând ca aceasta să semneze la rubrica respectivă de pe poliţa de asigurare.

Am primit poliţe de asigurare | | | |

_____

Semnătura persoanei responsabile