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

Formular nr.C-07

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:

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei fizice asigurate în mod individual în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei fizice asigurate angajate în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei fizice asigurate de Guvern în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind restanţele financiare faţă de fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală la achitarea primei de asigurarea obligatorie de asistenţă medicală în sumă fixă;

☐ Adeverinţei privind lipsa statutului de persoană asigurată în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

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

Anexă (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 persoane fără IDNP

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

Eliberată Adeverinţa cu nr.

C	-			-			-			-				

Data

Semnătura executorului

4 Am primit Adeverinţa

_____

Semnătura beneficiarului