

Se completează de către beneficiar/ reprezentantul împuternicit

Subsemnatul (a)

Nume, Prenume

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

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

solicit acordarea statutului de persoană asigurată de Guvern în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală al Republicii Moldova, în calitate de

— (denumirea categoriei de persoană asigurată de Guvern din care face parte)

pe motiv că fac parte din categoriile de persoane neangajate asigurate de către Guvern.

Prin prezenta confirm pe propria răspundere, că nu sunt persoană încadrată în câmpul muncii și nu fac parte din categoriile de plătitori ai primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual.

Accept și consimt ca datele mele cu caracter personal să fie procesate de către CNAM.

Am luat cunoștință de prevederile actelor normative în vigoare din domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Anexă (după caz): 1. copia _____
(actele confirmative în baza cărora se atribuie la categorie)

2. _____

Data _____

Semnătura beneficiarului/
reprezentantului împuternicit

Se completează în cazul în care cererea este depusă de reprezentantul împuternicit:

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

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

Se completează de către reprezentantul CNAM:

Acțiunea: Refuz

Motivul refuzului: _____

Data _____

Semnătura executorului _____