

1

Se completează de către beneficiar/în numele beneficiarului de către reprezentantul 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 calitate de persoană aflată peste hotarele țării mai mult de 183 de zile și aplicarea scutirilor în vigoare.

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

Prin prezenta confirm pe propria răspundere, că nu sunt persoană încadrată în câmpul muncii, nu fac parte din categoriile de persoane asigurate din contul bugetului de stat și nu aparțin la categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual.

Am luat cunoștință de prevederile acelor normative din domeniu.

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

2. \_\_\_\_\_

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

Data

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

Semnătura

2

Se completează în cazul în care cererea este depusă de reprezentantul legal

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

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

3

Se completează de către reprezentantul CNAM:

Polița de asigurare

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

Categoriea

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

Acțiunea: Eliberată  Activată  Dezactivată  Refuz

Motivul refuzului: \_\_\_\_\_

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

Data

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

Semnătura executorului

4

Am primit polița de asigurare

Semnătura beneficiarului