

1 Se completează de către beneficiar/în numele beneficiarului de către reprezentantul

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 cu reducere în mărime de 75% și aplicarea scutirilor în vigoare.

Prin prezenta confirm pe propria răspundere, că nu sunt persoană încadrată în câmpul muncii, nu fac parte din categoriile de persoane asigurate de către Guvern și nu fac parte din următoarele categorii de persoane:

1. fondator de întreprindere individuală și gospodărie țărănească;
2. persoană fizică care, pe bază de contract, ia în arendă sau folosință terenuri cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură;
3. titular de patentă de întreprinzător;
4. persoană fizică care dă în arendă unități de transport, încăperi, utilaje și alte bunuri materiale, cu excepția terenurilor cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură;
5. mediator, notar, avocat, executor judecătoresc, expert judiciar care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpret, traducător și administrator autorizat, indiferent de forma juridică de organizare a activității, neangajat, care a obținut atestat, licență sau autorizație în modul stabilit de lege.

Accept și consimt că datele mele cu caracter personal vor fi procesate de către CNAM.
Am luat cunoștință de prevederile acelor normative din domeniu.

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

2. Copia _____
documentului ce confirmă statutul de deținător a terenului agricol

3. Alte documente (după caz) _____

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

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

									Categoria				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--

Acțiunea: Eliberată Activată Dezactivată Refuz

Motivul refuzului: _____

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

Data

Semnătura executorului

4 Am primit polița de asigurare

Semnătura beneficiarului