Anexa nr. 2
la Ordinul directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
nr. 172-A din 15.08.2024

Formular nr.C-01

Se completează de către beneficiar/ reprezentantul împuternicit

Subsemnatul (a) _____
Nume, Prenume

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

solicit acordarea statutului de persoană asigurată de Guvern în sistemul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală al Republicii Moldova, în calitate de _____
(denumirea categoriei de persoană asigurată de Guvern)

Prin prezenta confirm pe propria răspundere că nu sunt persoană încadrată în câmpul muncii şi nu fac parte din categoriile persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual.

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

Am luat cunoştinţă de prevederile actelor normative în vigoare din domeniul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

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

_____

2. _____

3. Numărul de telefon al beneficiarului/reprezentantului _____

Data _____ _____
Semnătura beneficiarului/ reprezentantului împuternicit

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

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

Se completează de către reprezentantul SRB a CNAM:

Acţiunea: Accept ☐

Refuz ☐

Motivul refuzului: _____

Data _____ Semnătura executorului_____

Validarea cererii de către șeful SRB

Verificat acceptat ☐ Verificat respins ☐

Data _____ Semnătura șefului SRB_____

Documentul conţine date cu caracter personal. Prelucrarea acestor date poate fi efectuată în condițiile prevăzute de Legea nr. 133/.2011 privind protecţia datelor cu caracter personal.