Anexa nr. 2
la Ordinul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină
nr. 382-A din 31 decembrie 2020

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 şi 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. _____

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 CNAM:

Acţiunea: Accept ☐

Refuz ☐

Motivul refuzului: _____

_____

Data _____ Semnătura executorului_____