Anexa nr. 3
la Ordinul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină
nr. 382-A din 31 decembrie 2020

Formular nr.C-02

Se completează de către beneficiar (reprezentantul împuternicit)/ reprezentantul angajatorului

Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Subsemnatul (a)

_____
Nume, Prenume

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

solicit eliberarea:

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei asigurate de Guvern în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei asigurate în mod individual în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind statutul persoanei asigurate angajate în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind achitarea primei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în sumă fixă;

☐ Adeverinţei privind statutul de persoană neasigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

☐ Adeverinţei privind informaţia disponibilă în SIA "AOAM" referitor la persoanele asigurate angajate

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

Destinaţia Adeverinţei este pentru a fi prezentată _____.
(denumirea instituţiei)

Anexă (după caz): _____.

Data _____ _____
Semnătura beneficiarului/ reprezentantului împuternicit

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

_____
Nume, Prenume

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

Se completează de către reprezentantul CNAM:

Eliberată Adeverinţa cu nr.

A	-			-			-			-			

Data _____ Semnătura _____

Am recepţionat Adeverinţa _____
Semnătura beneficiarului/ reprezentantului împuternicit