FORMULAR · ANEXA 1

CERERE

de eliberare a cardului național de asigurări sociale de sănătate duplicat

SE COMPLETEAZĂ DE CAS MARAMUREȘ

Nr. înregistrare | Data

CĂTRE **Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș** — în atenția Directorului General

ADRESA Str. Dr. Gheorghe Bilașcu, Nr. 22A, 430243 Baia Mare, județul Maramureș

1 DATELE SOLICITANTULUI

NUMELE * | PRENUMELE * | TELEFON *

COD DE IDENTIFICARE * ☐ CNP ☐ CID — bifați tipul codului înscris

2 SOLICITAREA ȘI MOTIVUL *)

Subsemnatul(a), identificat(ă) prin datele de la punctul 1, **solicit eliberarea cardului național duplicat** și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile **art. 326 din Codul penal** cu privire la falsul în declarații, următoarele. Motivul solicitării cardului duplicat:

☐ **a)** Pierdere ☐ **b)** Furt ☐ **c)** Deteriorare

☐ **d)** Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos)

☐ **e)** Alte situații justificate:

3 SOLICIT ELIBERAREA CARDULUI DUPLICAT PENTRU

☐ **Defecțiuni tehnice**, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos)

Protecția datelor cu caracter personal. Prin furnizarea datelor cu caracter personal în prezentul înscris, cunoscând că Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș este operator de date cu caracter personal, îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii depuse.

DATA COMPLETĂRII * — . . .

SEMNĂTURA SOLICITANTULUI * — semnătura olografă sau electronică

*) La pct. 2 bifați o singură opțiune. Depunerea cererii se face împreună cu o copie a actului de identitate și cu dovada plății contravalorii cardului duplicat. Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.

DECLARAȚIE

pe propria răspundere pentru pierderea, furtul sau distrugerea cardului național de asigurări sociale de sănătate

1 DECLARANTUL

NUMELE ȘI PRENUMELE *

CNP *

ACT DE IDENTITATE * ☐ BI ☐ CI

SERIA

NR.

2 DECLARAȚIA PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a), identificat(ă) prin datele de la punctul 1, cunoscând dispozițiile **articolului 326 din noul Cod penal** cu privire la falsul în declarații, **declar pe proprie răspundere** că am depus cererea de eliberare a cardului duplicat și am ridicat **adeverința de înlocuire** a cardului național de asigurări sociale de sănătate, până la eliberarea cardului duplicat, pentru asiguratul identificat la punctul 3.

3 ASIGURATUL PENTRU CARE SE DEPUNE CEREREA

NUMELE ȘI PRENUMELE *

ÎN CALITATE DE *

În calitate de: titular, părinte, tutore, curator sau împuternicit al asiguratului.

CNP *

ACT DE IDENTITATE * ☐ BI ☐ CI

SERIA

NR.

CID (CODUL DE IDENTIFICARE AL ASIGURATULUI)

DATA COMPLETĂRII * · ·

SEMNĂTURA DECLARANTULUI *

semnătura olografă sau electronică

Declarația însoțește cererea de eliberare a cardului duplicat pentru situațiile de la pct. 2 lit. a), b) și c). Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.