

Către Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_, solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că sunt asigurat(ă) CASMB în calitate de (bifați poziția corespunzătoare):

<input type="checkbox"/>	<b>Salariat</b> / Persoană cu venit asimilat salariilor;
<input type="checkbox"/>	Persoană fizică autorizată (PFA) / Persoană fără venituri (PFV);
<input type="checkbox"/>	<b>Pensionar</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care realizează <b>venituri din agricultură și / sau silvicultură</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din <b>cedarea folosinței bunurilor</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din <b>dividende</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din <b>dobânzi</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din <b>drepturi de proprietate intelectuală</b> ;
<input type="checkbox"/>	Asigurat fără plata contribuției conform Art. 224 din Lgea 95/2006 Republicată
<input type="checkbox"/>	<b>Elev / Student</b> cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani;
<input type="checkbox"/>	<b>Studenti-doctoranzi</b> scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare
<input type="checkbox"/>	Tânăr cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani care <b>provine din sistemul de protecția copilului</b> ;
<input type="checkbox"/>	Sot, soție sau părinte aflat în întreținerea unei persoane asigurate ( <b>coasigurat</b> );
<input type="checkbox"/>	Persoană cu <b>handicap</b> ;
<input type="checkbox"/>	Personal <b>monahal</b> ;
<input type="checkbox"/>	Bolnav cu o afecțiune inclusă în <b>programele naționale de sănătate</b> ;
<input type="checkbox"/>	Femeie <b>însărcinată</b> sau <b>lăuză</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se afla în <b>concediu pentru creșterea copilului</b> până la împlinirea vârstei de 2 ani;
<input type="checkbox"/>	Șomer;
<input type="checkbox"/>	Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la <b>ajutor social</b> conform Legii 416-2001;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se află în executarea unei <b>pedepse private de libertate sau arest preventiv</b> ;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 118 / 1990;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 189 / 2000;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 44 / 1994;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 309 / 2002;

În baza art. 230, alin (2), lit. a), prin prezenta cerere îmi exprim opțiunea de a deveni asigurat al CASMB.

**CASMB respectă prevederile Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date**

Depun anexat documente conform Ordinului CNAS 1549/2018 si Legii 95/2006\*\*\*republicata

Doresc ca adeverința (încercuțiți opțiunea aleasă)

-să îmi fie transmisă prin **poștă**

sau

-să o **ridic personal**

DATA

Număr de telefon .....

( prin completarea numărului de telefon, sunt de acord cu utilizarea acestuia pentru a fi contactat v în situația în care sunt necesare informații suplimentare necesare prelucrării cererii mele)

Semnătura: