

Către  
Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea

Subsemnatul/subsemnata (numele și prenumele) \_\_\_\_\_,  
CNP/cod unic de asigurare \_\_\_\_\_, posesor al actului de  
identitate CI/BI \_\_\_\_, seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul/reședința în localitatea  
\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc.  
\_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_, telefon (fix/mobil –  
opțional) \_\_\_\_\_, în calitate de

**asigurat BENEFICIAR** al dispozitivului solicitat,

**împuternicit de BENEFICIARUL** \_\_\_\_\_, cu  
domiciliul/reședința în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_,  
CNP/cod unic de asigurare \_\_\_\_\_, posesor al actului de  
identitate CI/BI \_\_\_\_, seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, în calitate de:

soț soție;

rudă de grad I (părinți fiu fiică);

rudă de grad II (bunic/nepot, frate/soră);

persoană împuternicită legal de asiguratul beneficiar prin act notarial act de  
reprezentare prin avocat;

reprezentantul legal al asiguratului beneficiar,

în vederea **depunerii cererii** însoțită de actele anexate, vă solicit să aprobați emiterea

**Deciziei de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivului medical**  
\_\_\_\_\_, conform prescripției medicale pentru:

Nume și prenume **asigurat beneficiar**: \_\_\_\_\_

Codul numeric personal (CNP) al asiguratului beneficiar \_\_\_\_\_

*Beneficiarul declară pe propria răspundere că este de acord să plătească diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CAS VÂLCEA pentru dispozitivul respectiv.*

Anexez următoarele **documentele doveditoare**:

1. Pentru **ADULȚI** (se va bifa unde este cazul):

prescripția medicală în **original**

**copie** CI-BI asigurat beneficiar

**copie** certificatul de încadrare în grad și tipul de handicap (pentru echip.de oxigenoterapie)

2. Pentru **SALARIAȚI**:  adeverință de salariat

3. Pentru **COPII** (se va bifa unde este cazul):

prescripția medicală în **original**

**copie** CI-BI asigurat beneficiar sau copia certificatului de naștere

**copie** CI BI părinte-apartinător (pentru copii cu vârsta între 0 – 18 ani)

4. Pentru **PROTEZĂ AUDITIVĂ** : audiogramele în original, contrasemnate de medicul ORL;

5. Pentru **CRISTALIN**: biometria în original, care trebuie să conțină numele și prenumele asiguratului,  
CNP - ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării;

6. Pentru **ECHIPAMENTELE DE OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ** -  
Prescripțiile medicale trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea  
condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, condiții prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38  
la Norme.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Iau act de faptul că, **temeiul** prelucrării datelor cu caracter personal care mă privesc de către CAS Vâlcea, furnizate prin prezenta cerere în calitate de:

asigurat     membru de familie/reprezentant / persoană împuternicită de asigurat,

este conform dispozițiilor art.5 alin.(1) și alin.(2) din **Regulamentul (UE) nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date**, **scopul** prelucrării fiind emiterea de către CAS Vâlcea a deciziei de aprobare pentru **PROCURAREA-ÎNCHIRIEREA DISPOZITIVULUI MEDICAL** solicitat.

Iau act, inclusiv de drepturile pe care le am (**dreptul de acces la datele mele cu caracter personal, dreptul la rectificarea datelor mele cu caracter personal inexacte, dreptul la ștergerea datelor mele cu caracter personal, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri**) și modalitățile în care-mi pot exercita aceste drepturi.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_