

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

**CERERE de eliberare a cardului duplicat****1. Numele:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2. Prenumele:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3. |\_| CNP/|\_| CID:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**4.** Solicit eliberarea cardului 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:

sau

**5.** 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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Semnătura

**Nr. telefon.....**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifați o singură opțiune.