***CNAS***

***CAS ILFOV***

***CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE***

***CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ILFOV***

Str. Av. Popisteanu nr. 46, Sector 1, Bucuresti, Cod postal 012095

CUI 10549058

E-mail: informatica@casailfov.ro, casilfov@gmail.com, relatii.publice@casailfov.ro

<http://www.casailfov.ro>

Tel. 0212241982, Fax 0212243867

**C E R E R E**

**privind furnizarea Listei privind serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate**

**1. Se completează de asigurat, pentru cererea formulată în nume propriu:**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/ă

În \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CID/CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, BI/CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, persoană asigurată în evidența CAS ILFOV, vă solicit să-mi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate de care am beneficiat în anul precedent.

**2. Se completează de reprezentantul legal al asiguratului:**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CID/CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, BI/CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, împuternicit legal al dlui/dnei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat/ă în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID/CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, BI/CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, persoană asigurată în evidența CAS ILFOV, prin (se trece tipul, numărul și data actului de împuternicire) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vă solicit să-mi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat persoana care m-a împuternicit în anul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anexez la prezenta cerere o copie a actului de împuternicire.**

**3. Solicit ca această listă să-mi fie pusă la dispoziție** (se bifează o singură opțiune):

* La ghișeul CAS
* Prin e-mail, pe adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parolă de acces:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Înțeleg că informațiile colectate şi prelucrate de către CAS[[1]](#footnote-1) ILFOV fac parte din categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), precum şi a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi sunt furnizate în scopul soluţionării prezentei cereri.**

**Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să vă adresaţi responsabilului cu protecţia prelucrărilor de date[[2]](#footnote-2) din cadrul CAS ILFOV, la telefon 0786187659 sau e – mail:** **informatica@casailfov.ro****.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cererile puse la dispoziţia asiguraţilor potrivit art. 3 alin. (2) din prezentele Norme metodologice se vor completa cu datele de contact ale fiecărei case de asigurări de sănătate [↑](#footnote-ref-1)
2. Cererile puse la dispoziţia asiguraţilor potrivit art. 3 alin. (2) din prezentele Norme metodologice se vor completa cu datele de contact ale DPO-ului fiecărei case de asigurări de sănătate [↑](#footnote-ref-2)