

# CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SUCEAVA

## 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

|\_| Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora (Regulament general privind protecția datelor cu caracter personal).

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