

**ANEXA 1**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A VASLUI**  
**CERERE de eliberare a cardului duplicat**

1. Numele:

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

2. Prenumele:

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

Nr. telefon: .....

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 .....

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului duplicat, cardul național emis inițial.

\*\*\* La pct. 4 bifați o singură opțiune

CAS-VS respectă prevederile Regulamentul European (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)