

Declar pe proprie răspundere că nu mai sunt înscris la altă casa de asigurări de sănătate și că, persoanele nominalizate mai jos, ce fac parte din familia mea, se încadrează în prevederile art. 224 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Soțul/soția/părinții – fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate (art. 224 alin. 1 lit. c) din Legea nr. 95/2006):

Nr. crt.	NUME/PRENUME	COD NUMERIC PERSONAL	Observații

Mă angajez ca, în conformitate cu art. 230 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sanatații să anunț în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau modificărilor referitoare la încadrarea într-o anumita categorie de asigurați pentru mine și persoanele ce fac parte din familia mea.

Completata în trei exemplare, din care unul pentru asigurat, unul pentru angajator și unul pentru C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

OBSERVATII:

--

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Semnătura asigurat

Data