

CERERE
de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă
nr. _____ din _____

Solicitantul (reprezentantul)

_____ (Nume, prenume)

IDNP _____

Adresa _____

Date de contact (telefon) _____

Adresa electronică _____

solicit restituirea:

primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate în sumă fixă pentru anul _____ în cuantum proporțional numărului de zile din anul de gestiune în care am făcut parte din una din categoriile de plătitori prevăzute la pct. 2 din anexa nr. 1 la Legea nr. 1593/2002;

primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate în sumă fixă pentru anul _____;

sumei achitate în plus la contul primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă _____,
(cuantumul total al sumei plătite în plus, cu cifre și litere)

achitate prin intermediul _____

la contul bancar _____.

Actele anexate:

Datele bancare (IBAN);

Actul ce atestă împuternicirile reprezentantului, după caz.

Data depunerii cererii _____

(Numele, prenumele solicitantului/reprezentantului)

(semnătura)