

CERERE - TIP
pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate

Către
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NEAMȚ

Data

Stimată Doamnă Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de sănătate la adresa mai jos menționată.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical.

De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din Bugetul Fondului Național Unic de Sănătate și rambursate instituției din statul membru al UE/SE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....
(semnătura solicitantului)

Numele și prenumele persoanei

Prenumele tatălui

Adresa de primire a cardului

CNP

Telefon

Verificat calitate de asigurat CAS Neamț Nume/Prenume funcționar

Data Semnătura funcționar

Categoria de asigurat (bifați una dintre categoriile de asigurat de mai jos)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensionar | <input type="checkbox"/> Copil |
| <input type="checkbox"/> Salariat | <input type="checkbox"/> Elev, student între 18-26 ani, fără venituri |
| <input type="checkbox"/> Șomer | <input type="checkbox"/> Asigurat cu plata directă (Cod Fiscal) |
| <input type="checkbox"/> Coasigurat (sot, soție, părinți) al asiguratului cu CNP | |
| <input type="checkbox"/> Altă categorie (precizați) | |

Documente anexate : Copia actului de identitate
 Copia certificatului de naștere (pentru minori sub 14 ani)
 Documente privind calitatea de asigurat conform Ordinul 1549/2018

Notă:

1. Dacă aveți deja un card european în termen de valabilitate precizați data până la care este valabil.....
2. Dacă doriți certificatul înlocuitor al cardului european, precizați perioada
și motivul pentru care doriți eliberarea lui (ex: nu s-a solicitat la plecare, este o situație de urgență care necesită plecarea în mai puțin de 7 zile etc

Îmi exprim consimțământul expres și neechivoc, explicit și informat, asupra colectării, prelucrării și utilizării tuturor datelor mele personale, precum și ale copilului/copiilor meu(i) minor(i), inclusiv a celor cu caracter special, de către CAS Neamț 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 solicitant