CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

CERERE
DE ELIBERARE A CARDULUI EUROPEAN DUPLICAT*

1. NUMELE :

2. PRENUMELE :

3. ☐ **CNP** / ☐ **CID :**

4. TELEFON :

5. INTERVAL ORAR: *)

6. **) SOLICIT ELIBERAREA CARDULUI EUROPEAN DUPLICAT ŞI DECLAR PE PROPRIA RĂSPUNDERE, CUNOSCÂND DISPOZIŢIILE ART.326 DIN CODUL PENAL CU PRIVIRE LA FALSUL ÎN DECLARAŢII, URMĂTOARELE:

MOTIVUL SOLICITĂRII CARDULUI EUROPEAN DUPLICAT:

a) ☐ **PIERDERE** **b)** ☐ **FURT** **c)** ☐ **DETERIORARE**

d) ☐ **MODIFICĂRI ALE DATELOR PERSONALE (menţionati numarul cardului mai jos):**

e) ☐ **ALTE SITUAŢII JUSTIFICATE:**

_____

DATA **SEMNĂTURA**

____/_____/_____

*) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări de sănătate.
**) La pct. 6 bifați o singură opțiune.
Pentru situațiile de la lit. a), b), c) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate și dovada plății contravalorii cardului european duplicat.
Pentru situațiile de la lit. d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.

*Durată estimată completare formular – 1-5 min.