

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

Către,
Casa de Asigurări de Sănătate NEAMT

Data

Stimată Doamnă Președinte - Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale 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 asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....
(semnătura solicitantului)

Numele și prenumele persoanei

Prenumele tatalui.....

Adresa de primire a cardului

CNP

Telefon

Verificare calitate asigurat CAS Neamt: Nume/prenume functionar.....

Data:

Semnatura:.....

Categoria de asigurat (bifați una din 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 (art.268 alin.(41) din Legea 95)
<input type="checkbox"/> Coasigurat (soț, soție, parinți) al asiguratului cu cnp:	
<input type="checkbox"/> Altă categorie (precizați)	

Documente anexate : () Copia actului de identitate
() Copia certificatului de naștere (pentru minorii sub 14 ani)
() Documente privind calitatea de asigurat conf.Ordinului CNAS 581/2014

Nota:

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

..... . Semnătura solicitant _____