

Se completează de către CJAS Timis

Nr. ....

**C E R E R E T I P**  
**PENTRU ELIBERAREA FORMULARULUI EUROPEAN - E 109**

*Către,*

***Conducerea CASEI JUDETENE DE ASIGURARI DE SANATATE TIMIS***

Asiguratul/lucratorul:

Nume:..... Prenume:.....

Țara:..... Domiciliu: Localitatea .....

.....

Strada: ..... Nr..... Bl..... Sc..... Ap.....

Cod poștal:..... Telefon:.....

Vă rog să înscriveți ca persoană co-asigurată pe :

Nume:..... Prenume:.....

Țara:..... Domiciliu: Localitatea .....

.....

Strada: ..... Nr..... Bl..... Sc..... Ap.....

Cod poștal:..... Telefon:.....

Statul: ..... începand cu data de ..... pe termen:

limitat până la data de .....

nelimitat

*Data: ...../...../....., Timișoara*

*Semnătura: .....*

Notă:

La dosar se vor anexa următoarele documente:

- a) dovada de asigurat a lucrătorului - *adeverinta de asigurat emisa de CJAS Timis;*
- b) copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, pentru membrii de familie;

c) dovadă că membrii de familie au reședința în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul de reședință al lucrătorului sau statul competent;