

Cerere de card european de asigurat

Către Casa de Asigurări de Sănătate

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

NUME ȘI PRENUME (se va lăsa o căsuță liberă între cuvinte):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESA (județ, localitatea, str., nr., bl., sc., ap., sector):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CATEGORIA DE ASIGURAT (bifați categoria corespunzătoare):

<input type="checkbox"/>	Copil până la vârsta de 18 ani, tânăr de la 18 la 26 de ani, elev, student sau ucenic care nu realizează venituri din muncă
<input type="checkbox"/>	Persoană ale căru drepturi sunt acordate prin legi speciale
<input type="checkbox"/>	Persoană cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse
<input type="checkbox"/>	Bolnav cu afecțiuni incluse în programele naționale care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse
<input type="checkbox"/>	Femeie însărcinată sau lăuză fără venituri sau cu venituri sub salariul minim brut pe țară
<input type="checkbox"/>	Șomer
<input type="checkbox"/>	Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social
<input type="checkbox"/>	Pensionar
<input type="checkbox"/>	Salariat
<input type="checkbox"/>	Persoană fizică autorizată (PFA)
<input type="checkbox"/>	Persoană fără venituri obligată să se asigure (PFV)
<input type="checkbox"/>	Persoană aflată în concediu de creștere a copilului până la vârsta de 2 ani
<input type="checkbox"/>	Asociat unic sau asociat într-o firmă
<input type="checkbox"/>	Coasigurat al asiguratului cu CNP

DOCUMENTE ANEXATE (conform Ordin CNAS nr. 617/2007 cu modificările și completările ulterioare):

(bifați categoria corespunzătoare)

<input type="checkbox"/>	Adeverință de asigurat nr. _____ din _____
<input type="checkbox"/>	Adeverință de salariat
<input type="checkbox"/>	Carte / buletin de identitate sau certificat de naștere

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 (CEASS), respectiv Certificatul Provisoriu de Înlocuire a CEASS (CPI) pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza CEASS / CPI 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 unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Dețin CEASS nr _____	valabil până la data _____
----------------------	----------------------------

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura,