**CERERE**

**pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate**

**Către Casa de Asigurări de Sănătate Bihor**

**Adresa: Oradea Calea Borşului, Nr.5**

**Tel. 0259/476830; Fax. 0259/454184; Email:** [**contact@casbh.ro**](mailto:contact@casbh.ro) **sau acorduri\_ue@casbh.ro**

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătăţii, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menţionată.

Numele şi prenumele persoanei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria de asigurat (bifati categoria corespunzatoare) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană ale cărui drepturi sunt acordate prin legi speciale | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse | | | | | | | | | | | | | |
|  | Bolnav cu afectiuni incluse în programele naționale care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse | | | | | | | | | | | | | |
|  | Femeie însărcinată sau lăuză fără venituri sau cu venituri sub salariul minim brut pe țară | | | | | | | | | | | | | |
|  | Somer | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social | | | | | | | | | | | | | |
|  | Pensionar | | | | | | | | | | | | | |
|  | Salariat | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană fizică autorizată (PFA) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană fără venituri obligată să se asigure (PFV) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoană aflată în concediu de creștere a copilului până la vârsta de 2 ani | | | | | | | | | | | | | |
|  | Asociat unic sau asociat într-o firmă | | | | | | | | | | | | | |
|  | Coasigurat al asiguratului cu CNP |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DOCUMENTE ANEXATE (conform Ordinului nr.1549/2018 cu modificările și completările ulterioare):

(bifați categoria corespunzătoare

|  |  |
| --- | --- |
|  | Documente justificative privind calitatea de asigurat, după caz |
|  | Carte / buletin de identitate sau certificat de naştere |

Prezenta cerere reprezintă în acelaşi timp şi o **declaraţie pe propria răspundere prin care certific faptul că nu intenţionez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical.** De asemenea, în situaţia în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care **nu mai îndeplinesc toate condiţiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuţiei de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate** din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi rambursate instituţiei din statul membru UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Detin CEASS nr. …………………………… valabil până la data ........................

Data Semnătura