

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 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 (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 cărui 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"/>	Somer
<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 Ordinului nr.1549/2018 cu modificările și completările ulterioare):
 (bifați categoria corespunzătoare)

<input type="checkbox"/>	Documente justificative privind calitatea de asigurat, după caz
<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 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 UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Detin CEASS nr. valabil până la data

Data

Semnătura

Am luat la cunostință și sunt de acord ca datele mele cu caracter personal din prezenta cerere vor fi utilizate de CAS Bihor pentru îndeplinirea obligațiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificări și completări ulterioare.

Colectarea datelor servește pentru procesarea solicitărilor dvs.

Termen de completare estimat: 2 min