

ANEXĂ  
CĂTRE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BRĂILA  
ADRESA \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_

## CERERE

de eliberare a cardului european duplicat

1. NUMELE

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

2. PRENUMELE

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

3.  CNP /  CID :

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

4. TELEFON:

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

5. \*)Solicit eliberarea cardului european duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:  
Motivul solicitării cardului european duplicat:

a)  Pierdere;      b)  Furt;      c)  Deteriorare

d)  Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

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

e)  Alte situații justificate:

---

Data

Semnătura

---

---

\*) La pct. 5 bifați o singură opțiune.

Pentru situațiile de la lit. a), b), c) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situațiile de la lit. d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.

C.A.S. BRĂILA respectă prevederile Regulamentului European (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)