



19.09.2022

**COMUNICAT,  
IN ATENTIA ASIGURATILOR  
CARE SOLICITA ELIBERAREA  
CARDULUI NATIONAL DE ASIGURARI DE SANATATE  
DUPLICAT**

Incepand cu data prezentului, cererile completate insotite de documentele necesare obtinerii cardului national de asigurari de sanatate **duplicat, pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin e-mail la adresa : office@casbz.ro sau prin poștă la adresa: Buzau, str. Crizantemelor nr. 18, Jud. Buzau,** pentru urmatoarele situatii:

- in cazul pierderii, furtului sau deteriorării cardului național emis inițial;
  - în cazul modificării datelor personale de identificare ulterior datei de emitere a cardului național emis inițial;
  - alte situații justificate;
- titularul sau, după caz, reprezentantul legal ori împuternicitul acestuia poate sa solicite eliberarea cardului duplicat pe baza unei cereri adresate casei de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana respectivă (model anexat prezentului comunicat), însoțită de documente:
- copie act de identitate;
  - dovada plății contravalorii tiparirii cardului national de asigurari de sanatate duplicat **(in suma de 12,97 RON)**.

Plata contravalorii cardului duplicat se realizează în contul deschis pe seama casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul (CAS Buzau - cont

bancar: RO10TREZ1665005XXX000306, COD FISCAL CAS BUZAU - 11317897,  
EXPLICATIE = CV CARD DUPLICAT, OBLIGATORIU NUME, PRENUME,  
CNP BENEFICAR).

Formularul de cerere de eliberare a cardului national de asigurari de sanatate duplicat, precum si informatiile necesare efectuarii platii contravalorii acestuia sunt cuprinse in fisierul anexat prezentului comunicat.

## **CONDUCEREA CAS BUZAU**

**- CONT BANCAR:**

**RO10TREZ1665005XXX000306;**

**- COD FISCAL CJAS BUZAU: 11317897;**

**- SUMA = 12,97 RON;**

**- EXPLICATIE = CV CARD DUPLICAT, OBLIGATORIU  
NUME, PRENUME, CNP BENEFICAR.**



## DECLARATIE

**Subsemnatul (a)** .....  
avand CNP ..... , domiciliat(a) in  
localitatea ..... , strada .....  
nr....., bl....., sc....., et....., apt..... sector/judet.....  
**declar pe proprie raspundere, cunoscand prevederile art.326 Cod Penal cu**  
**privire la falsul in declaratii, ca am fost imputernicit(a)** de numitul(a)  
.....  
avand CNP..... , domiciliat(a) in  
localitatea ..... , strada.....  
nr....., bl....., sc....., et....., apt..... sector/judet.....  
pentru :

- **a depune** documentele pentru eliberarea “adeverintei de inlocuire a cardului national de asigurari sociale de sanatate pana la eliberarea cardului duplicate”
- **a ridica** de la sediul CAS Buzau “adeverinta de inlocuire a cardului national de asigurari sociale de sanatate pana la eliberarea cardului duplicate”

Data,

Semnatura,