



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SUCEAVA

Str. Prof. Murariu Leca f.n.

Tel. 0230/521896 – 520496

Fax. 0230/521548 E-mail: info@cassv.ro WEB: <http://www.cassv.ro>

Compartiment Relatii cu Asiguratii

Acte necesare pentru eliberarea Cardului European de Sanatate :

- document care sa ateste calitatea de asigurat (adeverinta de salariat, adeverinta elev-student, cupon pensie, etc)
- copie carte de identitate
- Cerere de eliberare card european de sanatate

IMPORTANT !!!

“ **ORDIN nr. 559 din 5 decembrie 2006**

▣ **CAPITOLUL II: Modalitati de eliberare si utilizare**

2.3. Casa de asigurari de sanatate verifica calitatea de asigurat a persoanei solicitante, urmând a elibera cardul acesteia, în situatia în care cererea sa este aprobata. ”

DATE DE CONTACT:

TELEFON : 0230.521.896, 0230.520.496, 0230.522.675 - INT 270

FAX : 0230.521.548

E-MAIL : carduri@cassv.ro

CATRE

Nr. _____

Casa de Asigurări de Sănătate SUCEAVA

Adresa Strada Prof. Murariu Leca nr. 17 C,
Judetul Suceava

Data _____ / _____

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte - director general,

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.

*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 **beneficiez 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 al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.*

(numele și prenumele)

Numele și prenumele persoanei _____

Adresa _____

CNP _____

Telefon _____

Fax _____

Interval orar¹⁾ _____

(1) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate.")

Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal sa se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora (Regulament general privind protecția datelor cu caracter personal).

Este necesară bifarea casuței privind acordul solicitantului.