CERERE – TIP
pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate

Către **C**asa de **A**sigurări de **S**ănătate a **M**unicipiului **B**ucureşti

Prin prezenta, formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menţionată.

NUME ŞI PRENUME (se va lăsa o căsuţă liberă între cuvinte):

ADRESA (judeţ, localitatea, str., nr., bl., sc., ap., sector):

CNP:

TELEFON: FAX:

CATEGORIA DE ASIGURAT (bifaţi categoria corespunzătoare):

	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 afecţiuni incluse în programele naţionale care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse
	Femeie însărcinată sau lăuză fără venituri sau cu venituri sub salariul minim brut pe ţară
	Şomer
	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 creştere a copilului până la vârsta de 2 ani
	Asociat unic sau asociat într-o firmă
	Coasigurat al asiguratului cu CNP

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 (CEASS), respectiv Certificatul Provizoriu de Înlocuire a CEASS (CPI) pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situaţia în care beneficiez de servicii medicale în baza CEASS / CPI 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 al Uniunii Europene unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS MB in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

□ ***DA*** □ ***NU***

	Deţin CEASS nr_____ valabil până la data_____

Data: Semnătura,