

Domnule Director,

Subsemnatul(a)....., CNP.....,
domiciliat(ă) în, str., nr., bl.,
sc., ap., sector/jud., tel., e-mail.....,
vă rog să binevoiți a-mi rambursa contravaloarea serviciilor medicale achitate de mine la data
de....., deoarece.....
.....
.....
.....
.....

Menționez următoarele:

1. Statul membru UE/SEE sau Elveția în care m-am deplasat a fost.....
2. Perioada exactă a sejurului (zi/lună/an) a fost de la.....la.....
3. **Am beneficiat/nu am beneficiat** de asigurarea privată de sănătate înregistrată cu nr.....,
la firma.....
4. Natura sejurului (vacanță, detașare, studii, călătorie de afaceri, efectuarea tratamentului
medical).....
5. Scopul călătoriei a fost de a obține tratament medical de la.....
6. Debutul bolii a avut loc în România : DA / NU și am continuat tratamentul pe perioada deplasării
mele.
7. Am beneficiat de îngrijiri de urgență : DA / NU
8. Unitatea sanitară care mi-a acordat îngrijirile medicale **a luat în considerare/ nu a luat în
considerare** cardul european de asigurări de sănătate nr.,
valabil până la data de
9. Nr. contului meu bancar, activ, este:

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

Data:

Semnătura:

NOTĂ: -Se va completa câte o cerere pentru fiecare asigurat/țară/sejur.

-Se vor depune **facturile și dovada achitării lor, în original**, la fiecare cerere/țară/sejur.

-Este obligatorie completarea tuturor pozițiilor de la 1. la 8.