

Europos sveikatos draudimo
kortelės išdavimo, keitimo ir
naikinimo taisyklių
priedas

(Prašymo išduoti sertifikatą, laikinai pakeičiantį Europos sveikatos draudimo kortelę, forma)

**PRAŠYMAS IŠDUOTI SERTIFIKATĄ, LAIKINAI PAKEIČIANTĮ EUROPOS
SVEIKATOS DRAUDIMO KORTELĘ**

*(Pildoma pagal asmens tapatybę patvirtinančio dokumento duomenis
didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis)*

_____ teritorinei ligonių kasai

PRAŠAU išduoti / suformuoti sertifikatą, laikinai pakeičiantį Europos sveikatos draudimo kortelę (toliau – Sertifikatas):

- man asmeniškai;
- nepilnamečiams mano šeimos nariams.

Už laikotarpį:

Nuo:					-						Iki:					-					
-------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

1. Prašymą teikiančio asmens duomenys:

1.1	vardas (-ai)	
1.2	pavardė (-ės)	
1.3	asmens kodas	
1.4	gimimo data	

2. Gyvenamosios vietos adresas:

2.1	šalis	
2.2	savivaldybė	
2.3	miestas / kaimas	
2.4	gatvė	
2.5	namo Nr.	
2.6	buto Nr.	
2.7	pašto kodas	

3. Kontaktiniai duomenys:

3.1	telefonas	
3.2	el. paštas	

4. Nepilnamečių šeimos narių duomenys¹:

4.1	vardas (-ai)	
4.2	pavardė (-ės)	
4.3	asmens kodas	
4.4	gimimo data	

¹ Šią dalį kartoti tiek kartų, kiek reikalinga.

4.5	vardas (-ai)	
4.6	pavardė (-ės)	
4.7	asmens kodas	
4.8	gimimo data	

4.9	vardas (-ai)	
4.10	pavardė (-ės)	
4.11	asmens kodas	
4.12	gimimo data	

PASIŽADU nenaudoti Sertifikato:

- pasibaigus mano draudimo privalomuoju sveikatos draudimu laikotarpiui;
- pasibaigus mano nepilnamečių šeimos narių draudimo privalomuoju sveikatos draudimu laikotarpiui.

ESU SUPAŽINDINTAS (-A), KAD:

- Sertifikatas suteikia man teisę lankantis Europos Sąjungos valstybėse ir Norvegijoje, Islandijoje, Lichtenšteine bei Šveicarijoje gauti tokią šių valstybių teisės aktų nustatytą būtinąją medicinos pagalbą (jos išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis), kad nereikėtų dėl medicininių priežasčių anksčiau laiko grįžti į šalį, kurioje esu apdraustas (-a) privalomuoju sveikatos draudimu;
- jei Sertifikatu pasinaudosiu pasibaigus mano privalomojo sveikatos draudimo laikotarpiui, privalėsiu teisės aktų nustatyta tvarka kompensuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą.

(Pareiškėjo parašas)

(Vardas, pavardė)

(Data)