

(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.

Sertifikato galiojimo laikotarpis:

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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
4.8	gimimo data																

4.9	vardas (-ai)																
4.10	pavardė (-ės)																
4.11	asmens kodas	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
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, Šveicarijoje bei Jungtinėje Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystėje 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.

SUTINKU, KAD:

- ☐ prašymo 3.1 papunktyje nurodytu telefono numeriu SMS žinute man būtų siunčiama su sertifikato galiojimu ir jo naudojimu susijusi informacija;
- ☐ prašymo 3.2 papunktyje nurodytu elektroninio pašto adresu man būtų siunčiama su sertifikato galiojimu ir jo naudojimu susijusi informacija;
- ☐ nesutinku gauti informacijos prašymo 3.1 papunktyje nurodytu telefono numeriu ar prašymo 3.2 papunktyje nurodytu elektroninio pašto adresu.
- ☐ **ESU INFORMUOTAS (-A), kad:**

– mano pateikti duomenys bus naudojami tik Europos sveikatos draudimo kortelę laikinai pakeičiančio sertifikato išdavimo / galiojimo nutraukimo / žalos dėl neteisėto pasinaudojimo sertifikatu išieškojimo tikslais;

– informacija apie duomenų subjektų teisių įgyvendinimo tvarką Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinėse ligonių kasose yra skelbiama interneto svetainėje www.ligoniukasa.lrv.lt.

(Pareiškėjo parašas)

(Vardas, pavardė)

(Data)