MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

REQUERIMENTO

CARTÃO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA

Nos termos dos Regulamentos Comunitários aplicáveis, solicito da ADSE a emissão do **Cartão Europeu de Seguro de Doença**, de acordo com os elementos por mim indicados nos respectivos campos.

1 ☐ só para o titular ☐ só para o(s) familiar(es) ☐ para o titular e para o(s) familiar(es)

2 NÚMERO DO BENEFICIÁRIO TITULAR (como consta do cartão) ..... I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR (como consta do cartão) _____

_____

NÚMERO DO BILHETE DE IDENTIDADE DO TITULAR ..... I__I__I__I__I__I__I__I__I

DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO TITULAR ..... _____-_____-_____

SERVIÇO PROCESSADOR DE VENCIMENTOS DO TITULAR _____

_____

MORADA PARA ENVIO DO CARTÃO _____

_____ Código Postal _____ País _____

3 NÚMERO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) ..... I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR ..... _____-_____-_____

NOME DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) _____

_____

NÚMERO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) ..... I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR ..... _____-_____-_____

NOME DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) _____

_____

NÚMERO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) ..... I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR ..... _____-_____-_____

NOME DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR (como consta do cartão) _____

_____

4 DURAÇÃO DO PERÍODO DE ESTADA NO ESTRANGEIRO: DE ..... ____-____-____ A ____-____-____

PAÍS(ES) DO ESPAÇO ECONÓMICO EUROPEU (EEE) A QUE SE DESLOCA _____

_____

5 Declaro que o presente pedido não se funda na necessidade expressa de obtenção de cuidados de saúde.

Data ____-____-____ O Requerente,

_____

*** Necessário** para os seguintes países:

Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Lichtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Polónia, República Checa, Reino Unido, Roménia, Suécia, Suíça.

Praça de Alvalade,18 1748-001 LISBOA Fax: 210 059 990 Linha de Atendimento: 707 284 707 Atendimento Online em: www.adse.pt

Este requerimento pode ser livremente reproduzido