

REQUERIMENTO PARA CARTÃO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA

É A PRIMEIRA VEZ QUE SOLICITA ESTE CARTÃO? SIM _____ NÃO _____

Beneficiário n.º _____

Nome completo _____

Data de Nascimento ____ / ____ / _____ Telefone _____ Telemóvel _____

Email: _____

Requer que lhe seja emitido o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD):

Para si: _____

Para os seguintes familiares a cargo:

Nome completo	Data de Nascimento	Parentesco
_____	____ / ____ / _____	_____
_____	____ / ____ / _____	_____
_____	____ / ____ / _____	_____
_____	____ / ____ / _____	_____
_____	____ / ____ / _____	_____

O CESD deverá ser enviado para a seguinte morada (prazo de 5 dias úteis): _____

_____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____

Emissão Urgente (Certificado Provisório de substituição do CESD): de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

→ Se tiver dívida há mais de 120 dias indique o seu n.º de Utente do SNS: _____

Para o efeito declara ser do seu conhecimento que o CESD apenas permite beneficiar dos cuidados de saúde que se tornem clinicamente necessários durante uma estada no território de outro Estado-Membro, ou seja, que não se desloca ao território de outro Estado-Membro com o objectivo de receber tratamento médico para si ou para um dos membros da sua família.

Mais declara não se encontrar abrangido, nem nenhum dos familiares indicados, por qualquer outro subsistema de protecção na saúde ou de segurança social.

Declara ainda que não vai exercer noutro Estado-Membro qualquer actividade profissional por conta de entidade patronal que não esteja sujeita à segurança social portuguesa.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)