

**PRAŠYMAS IŠDUOTI EUROPOS SVEIKATOS DRAUDIMO KORTELĘ**  
(Pildoma pagal asmens tapatybę patvirtinančio dokumento duomenis  
didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis)

\_\_\_\_\_ teritorinei ligonių kasai

\_\_\_\_\_ (Prašymo užpildymo data)

\_\_\_\_\_ (Užsakymo Nr. – pildo teritorinės ligonių kasos darbuotojas)

**PRAŠAU išduoti Europos sveikatos draudimo kortelę:**

- man asmeniškai;
- nepilnamečiams mano šeimos nariams.

**1. Prašymą teikiančio asmens duomenys:**

1.1	vardas (-ai)	
1.2	pavardė (ėš)	
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 duomenys<sup>1</sup>:**

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

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

<sup>1</sup> Šią dalį kartoti tiek kartų, kiek reikalinga.

4.9	vardas (-ai)	
4.10	pavardė (ės)	
4.11	asmens kodas	<input type="text"/>
4.12	gimimo data	

**5. Įgalioto atsiimti kortelę asmens duomenys:**

5.1	vardas (-ai)	
5.2	pavardė (ės)	
5.3	asmens kodas	<input type="text"/>
5.4	gimimo data	

**PASIŽADU nenaudoti Europos sveikatos draudimo kortelės:**

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

**ESU SUPAŽINDINTAS (-A), KAD:**

- Europos sveikatos draudimo kortelė 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 nereiktų dėl medicininių priežasčių anksčiau laiko grįžti į šalį, kurioje esu apdraustas (-a) privalomuoju sveikatos draudimu;
- jei Europos sveikatos draudimo kortele pasinaudosiu pasibaigus mano privalomojo sveikatos draudimo laikotarpiui, privalėsiu teisės aktų nustatyta tvarka kompensuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą;
- jei prarasiu ar sugadinsiu Europos sveikatos draudimo kortelę, už naują kortelę turėsiu sumokėti 14,48 Eur.

---

(Europos sveikatos draudimo kortelę užsakančiojo asmens parašas, vardas ir pavardė)

-----  
*Pildoma atsiimant kortelę:*

**PATVIRTINU, kad gavau Europos sveikatos draudimo kortelę (-es) Nr.:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<hr/>	<hr/>	<hr/>
(Pareiškėjo parašas)	(Vardas, pavardė)	(Data)

<hr/>	<hr/>	<hr/>
(Įgalioto atsiimti Europos sveikatos draudimo kortelę asmens parašas)	(Vardas, pavardė)	(Data)

<hr/>	<hr/>	<hr/>
(Teritorinės ligonių kasos atsakingojo asmens parašas)	(Vardas, pavardė)	(Data)