

**WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA OSÓB  
WSKAZANYCH W ART. 2 UST. 1 PKT 2,3 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 ROKU O ŚWIADCZENIACH  
OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

<b>1. DANE OSOBY WYJEŻDZAJĄCEJ:</b>															
1.1 PESEL:								1.2 Data urodzenia:		1.3 Obywatelstwo:					
1.4 Imię (imiona):				1.5 Nazwisko:											
<b>1.6 Adres zamieszkania:</b>															
1.6.1 Ulica:						1.6.2 Nr domu:			1.6.3 Nr lokalu:						
1.6.4 Gmina:				1.6.5 Kod pocztowy:				1.6.6 Miasto:							
1.6.7 Państwo:				1.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy:											
<b>2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – zaznaczyć właściwy kwadrat:</b>															
2.1. <input type="checkbox"/> Art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.						2.2 Art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: 2.2.1 <input type="checkbox"/> Nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i pólgu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, 2.2.2 <input type="checkbox"/> Osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia									
<b>3. RODZAJE DOKUMENTU:</b>															
3.1 decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (dot. pkt. 2.1)				3.2 zaświadczenie od lekarza (z datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed złożeniem wniosku) i/lub karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość; w przypadku kobiet w okresie pólgu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość matki (dot. pkt. 2.2.1)				3.3 dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia (dot. pkt. 2.2.2)							
<b>4. CEL WYJAZDU:</b>															
<input type="checkbox"/> Pobyt czasowy w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Inne															
<b>5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:</b>															
5.1 Kraj:				5.2 Okres pobytu: od ..... do .....											
<b>6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ:</b>															
<input type="checkbox"/> Osobiście.				<input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem).				<input type="checkbox"/> Poczta na adres zamieszkania.				<input type="checkbox"/> Poczta na adres:			
Odebrałem/lam EKUZ w dniu .....				Podpis .....				.....				.....			

Proszę o załączenie informacji dotyczącej zasad korzystania z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz systemu opieki zdrowotnej w państwie mojego pobytu:  Tak  Nie

Do wniosku załączam ilość załączników: .....

Oświadczam, iż znane mi są przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z Nr 164 poz.1027 z późn. zm.) oraz przepisy o koordynacji, w szczególności zasady powstawania, legitymowania, oraz wygasania uprawnień wynikających z EKUZ. Zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego. Oświadczam, iż zapoznałem/lam się z „Informacją w sprawie utraty uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dla posiadaczy Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego”.

Oświadczam iż nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

W przypadku konieczności ustalenia ustawodawstwa właściwego zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w tej sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 poz.1027 z późn. zm.)

.....  
Data wypełnienia wniosku

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej lub opiekuna prawnego

#### DODATKOWE INFORMACJE:

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinien być złożony w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym ze względu na zadeklarowany we wniosku adres zamieszkania osoby wnioskującej.

▪ Jeśli osoba wnioskująca wyjeżdża na pobyt czasowy do innego państwa członkowskiego (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny) i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinna dołączyć następujące dokumenty:

- Dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ

#### UWAGA

Podjęcie pracy w innym państwie członkowskim UE/EFTA co do zasady skutkuje utratą prawa do korzystania z EKUZ wydanej przez NFZ.

NFZ uprawniony jest do dochodzenia zwrotu wszelkich kosztów poniesionych świadczeń rzeczowych od osób które posługiwały się kartą EKUZ pomimo utraty tytułu do ubezpieczenia w NFZ.

*Adnotacje Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*

- Potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów

.....  
(podpis pracownika OOWNFZ);

- Stwierdzam brak następujących dokumentów :

.....  
.....

.....  
(podpis pracownika OOWNFZ);