

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA*

1. Dane wnioskodawcy:													
1.1 PESEL ¹ :		1.2 Data urodzenia ² :											
<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> </tr> </table>													
1.3 Imię:		1.4 Nazwisko:											
1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail ³ :													
2. Status wnioskodawcy - zaznaczyć właściwe:													
Osoba ubezpieczona		Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń ⁴ (wpisać podstawę											
Członek rodziny osoby ubezpieczonej		uprawnień):											
3. Sposób odbioru EKUZ – zaznaczyć właściwe:													
Osobiście za pośrednictwem osoby upoważnionej ⁵		w: (podać odpowiednio: oddział wojewódzki NFZ, delegaturę lub punkt wydający karty, w którym EKUZ będzie odebrana)											
Przesłać pocztą na adres ⁶ :													
Ulica:		Nr domu: Nr lokalu:											
Kod pocztowy:	Miejscowość / Poczta:	Państwo:											

Proszę o załączenie informacji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej w państwie UE/EFTA mojego pobytu:

7

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 kodeksu karnego.

Oświadczam, że znam/zapoznałem się (załącznik nr 1) z zasadami utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się EKUZ zgodnie z art. 50 ust. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).

Oświadczam, że nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA.

Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania właściwemu OW NFZ informacji lub dokumentów niezbędnych do ustalenia swojej lub zgłoszonych członków rodziny sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Data

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

¹ W przypadku braku PESEL podać serię i nr dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia.

² Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL.

³ Należy podać numer telefonu / adres email do kontaktu w przypadku, gdy wniosek składany jest za pośrednictwem poczty lub faksem.

⁴ Zaznacza osoba nieubezpieczona, która posiada prawo do świadczeń na podstawie przepisów krajowych – patrz „**dodatkowe informacje**” ad. 2).

⁵ Należy załączyć upoważnienie lub inny równoważny dokument uprawniający do uzyskania karty w imieniu innej osoby.

⁶ EKUZ może być wysłana na adres zamieszkania tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.

⁷ Podać nazwę państwa członkowskiego lub odpowiedni skrót AT, BE, BG, HR, CY, CZ, DK, EE, FI, FR, DE, EL, HU, IS, IE, IT, LV, LI, LT, LU, MT, NL, NO, PT, RO, SK, SI, ES, SE, CH, UK.