

WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
 dla osób wskazanych w art. 2 ust. 1, pkt 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
 finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr z 2008 r. 164 poz. 1027 z późn. zm)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-------------------|
| 1. DANE OSOBY WYJEŹDZAJĄCEJ: | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 PESEL: <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><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | 1.2 Data urodzenia: | 1.3 Obywatelstwo: |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 Imię (imiona): | 1.5 Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 Adres zamieszkania: | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Miejscowość / Poczta: | | | | | | | | | | | | |
| 1.6.7 Państwo: | 1.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy: | | | | | | | | | | | | | |
| 2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – zaznaczyć właściwy kwadrat: | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. <input type="checkbox"/> Art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającą to prawo. | 2.2 Art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: 2.2.1 <input type="checkbox"/> Nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży i porodu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, 2.2.2 <input type="checkbox"/> Nieubezpieczone kobiety w okresie połogu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, 2.2.3 <input type="checkbox"/> Nieubezpieczone osoby posiadające obywatelstwo polskie , które nie ukończyły 18 roku życia | | | | | | | | | | | | | |
| 3. CEL WYJAZDU – zaznaczyć właściwy kwadrat i uzupełnić w razie konieczności: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pobyt czasowy w innym państwie UE/EFTA (wyjazd turystyczny); <input type="checkbox"/> Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie UE/EFTA; <input type="checkbox"/> Inne | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU: | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 Państwo /(-a): | 4.2 Wnioskowany okres na jaki ma być wydana karta: od do | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SPOSÓB ODBIORU EKUZ: | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 Osobiście / Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem)*: | | <input type="checkbox"/> Poczta na adres ¹⁾ | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> we właściwym Oddziale Wojewódzkim | <input type="checkbox"/> w Oddziale Wojewódzkim, w którym złożony został wniosek | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> w Oddziale Wojewódzkim NFZ (innym niż ww.) | | | | | | | | | | | | | | |

Proszę o załączenie informacji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej w państwie mojego pobytu: Tak Nie

Oświadczam, iż zostałem poinformowany / zapoznałem się (załącznik nr 1)* z zasadami w sprawie utraty uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dla posiadacza Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego 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 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)

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

.....
 Data

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

* Niepotrzebne skreślić

¹⁾ EKUZ może być wysłana na wskazany adres tylko w przypadku, gdy złożony wniosek zawiera podpis oraz wszelkie dane pozwalające na identyfikację osoby.

EKUZ odebrałem/lam w dniu

Podpis

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 UE/EFTA (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny), wnioskodawca zobowiązany jest okazać przy wniosku następujące dokumenty potwierdzające prawo danej osoby do uzyskania EKUZ:

- 1) **osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej** ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy – zobowiązane są przedłożyć ww. decyzję;
- 2) **nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i pólgu** posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP – zobowiązane są przedłożyć
 - zaświadczenie lekarza (z datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed złożeniem wniosku) i/lub karta przebiegu ciąży oraz dokument stwierdzający tożsamość i adres zamieszkania na terytorium RP - w trakcie ciąży;
 - skrócony odpis aktu urodzenia oraz dokument stwierdzający tożsamość i adres zamieszkania na terytorium RP - w trakcie pólgu;
- 3) **nieubezpieczone osoby posiadające obywatelstwo polskie**, które nie ukończyły 18 roku życia - dokument potwierdzający tożsamość i posiadanie obywatelstwa polskiego.

EKUZ dla osób wskazanych w pkt. 2 i 3 może być wydana wyłącznie w przypadku, gdy osoby te nie mogą być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, przez uprawnione do tego osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne w NFZ.

UWAGA

Podjęcie pracy w innym państwie UE/EFTA co do zasady skutkuje utratą prawa do korzystania z EKUZ wydanej przez NFZ. NFZ nie będzie pokrywał kosztów leczenia związanego z wypadkiem przy pracy w przypadku, gdy za cel wyjazdu posiadacz karty wskazał wyjazd turystyczny.

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

.....
.....
Adnotacje Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Do wniosku

załączono ilość załączników: okazano dokumenty potrzebne do wydania EKUZ

potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów Stwierdzam brak następujących dokumentów:

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis pracownika OW NFZ

**INFORMACJA W SPRAWIE UTRATY UPRAWNIEN DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
DLA POSIADACZY EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), potwierdza prawo do korzystania na koszt NFZ z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu na terenie innego państwa UE/EFTA (z wyjątkiem tzw. kosztów własnych pacjenta, o ile zostały przewidziane w ustawodawstwie państwa pobytu). Zgodnie z przepisami z zakresu koordynacji systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach UE/EFTA (rozporządzenie nr 883/2004 i 987/09), EKUZ może zostać wydana wyłącznie tym osobom, które posiadają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawodawstwem jednego z państw UE/EFTA. Ważność tego dokumentu wygasa zawsze z chwilą utraty tego uprawnienia.

W odniesieniu do Polski oznacza to, że EKUZ może być wydana osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia lub też osobom wskazanym w art. 2 ust. 1, pkt. 2-3 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 poz.1027 z późn. zm.)* i **zachowuje ważność do momentu określonego w niej**, jako data końcowa ważności karty, **chyba, że w czasie, w którym była ważna dana osoba utraciła prawo do świadczeń na koszt NFZ**. W takiej sytuacji EKUZ traci ważność w tym samym dniu, co utrata tego prawa.

W związku z tym, Narodowy Fundusz Zdrowia podejmie wszelkie przewidziane prawem kroki w celu odzyskania poniesionych nienależnie kosztów leczenia od osoby, która skorzystała z opieki zdrowotnej na podstawie EKUZ, po utracie statusu osoby ubezpieczonej.

Ponadto, od momentu podjęcia pracy lub działalności w innym państwie UE/EFTA przestaje Pan/ Pani podlegać ustawodawstwu polskiemu i podlega ustawodawstwu państwa wykonywania pracy.

Prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ osób w art. 2 ust. 1, pkt. 2-3 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 poz.1027 z późn. zm.)* **wygasa:**

- 1) z dniem wskazanym w decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy;
- 2) z dniem zakończenia okresu połogu;
- 3) w przypadku, gdy wnioskodawca nie spełnia wymogów niezbędnych do wydania karty dla „nieubezpieczonych kobiet w ciąży..”
- 4) z dniem ukończenia 18 roku życia.