

**WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
w związku z pobytem czasowym w innym państwie członkowskim (wyjazd turystyczny)**

1. DANE OSOBY WYJEŻDZAJĄCEJ:		
1.1 PESEL:	1.2 Data urodzenia:	1.3 Obywatelstwo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.4 Imię (imiona):	1.5 Nazwisko:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.6 Adres zamieszkania:		
1.6.1 Ulica:	1.6.2 Nr domu:	1.6.3 Nr lokalu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6.4 Gmina:	1.6.5 Kod pocztowy:	1.6.6 Miejscowość / Poczta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6.7 Państwo:	1.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NFZ – zaznaczyć właściwy kwadrat	
<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona;	<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą;	<input type="checkbox"/> Student – zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię
<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą;	<input type="checkbox"/> Osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia emerytalne;	<input type="checkbox"/> Inne niż ww.:
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca rentę	

3. DANE OSOBY OPLACAJĄCEJ SKŁADKĘ - wypełnić, gdy w pkt. 2 zaznaczono „osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny”		
3.1 PESEL:	3.2 Data urodzenia:	3.3 Obywatelstwo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.4 Imię (imiona):	3.5 Nazwisko:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.6 Adres zamieszkania:		
3.6.1 Ulica:	3.6.2 Nr domu:	3.6.3 Nr lokalu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.6.4 Gmina:	3.6.5 Kod pocztowy:	3.6.6 Miasto:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.6.7 Państwo:	3.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:	
4.1 Kraj:	4.2 Okres pobytu: od do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. SPOSÓB ODBIORU EKUZ – zaznaczyć właściwy kwadrat i uzupełnić dane:		
<input type="checkbox"/> Osobiście we właściwym Oddziale Wojewódzkim	<input type="checkbox"/> Osobiście w Oddziale Wojewódzkim, w którym wniosek został złożony	<input type="checkbox"/> Poczta na adres zamieszkania ²⁾
<input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem).		<input type="text"/>

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

.....
Data wypełnienia wniosku
Czytelny podpis osoby wnioskującej lub opiekuna prawnego

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. 49 ust. 8 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 członkowskim UE/EFTA.

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

EKUZ odebrałem/łam 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.

W celu uzyskania EKUZ w związku z wyjazdem na pobyt czasowy do innego państwa członkowskiego (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny), wnioskodawca, dla którego OW NFZ nie może potwierdzić faktu posiadania prawa do świadczeń na koszt NFZ, powinien okazać przy wniosku następujące dokumenty potwierdzające ubezpieczenie zdrowotne w NFZ, np.:

1. **Pracownik** – np. aktualne zaświadczenia płatnika składek (wystawione przez pracodawcę), ZUS RMUA z ostatniego okresu;
2. **Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą** – aktualne zaświadczenia z ZUS o niezaleganiu w opłaceniu składek, dowód wpłaty;
3. **Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą** – aktualne zaświadczenie z KRUS o podleganiu i opłaceniu składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne;
4. **Emeryt** – legitymacja emerytalna, odcinek emerytury,
5. **Rencista** – legitymacja rencisty, legitymacja rencisty SOC (renta socjalna), decyzja o przyznaniu renty okresowej ze wskazaniem dat;
6. **Osoba, która zawarła dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne** -. Aktualny dowód wpłaty składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne;
7. **Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna** – aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy
8. **Student zgłoszony do ubezpieczenia przez uczelnię** - ZUS RMUA, aktualne zaświadczenie płatnika składek;
9. **Osoba zgłoszona jako członek rodziny jednej z ww.** –
 - Legitymacja studencka / uczniowska w przypadku dzieci do 26 r.ż.
 - Dokument potwierdzający zgłoszenie ww. członka do ubezpieczenia druk ZUS ZCNA
 - Dokument potwierdzający ubezpieczenie głównego ubezpieczonego, tj.:
 - zaświadczenie płatnika składek (pracodawcy), w przypadku gdy główny ubezpieczony ma status pracownika;
 - zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłaceniu składek, gdy główny ubezpieczony prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą;
 - zaświadczenie z KRUS o podleganiu i opłaceniu składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, gdy główny ubezpieczony prowadzi rolniczą działalność gospodarczą;
 - legitymacja emeryta/rencisty, gdy główny ubezpieczony ma status emeryt / rencista;
 - zaświadczenie z Urzędu Pracy, gdy główny ubezpieczony ma status osoby bezrobotnej;
 - dowód potwierdzający opłacenie składki na ubezpieczenie dobrowolne;

UWAGA

Podjęcie pracy w innym państwie członkowskim UE/EFTA co do zasady skutkuje utratą prawa do korzystania z EKUZ wydanej przez NFZ. NFZ nie będzie pokrywał kosztów leczenia wypadkowego w przypadku, gdy celem wyjazdu posiadacza karty był 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> załączono ilość załączników: | <input type="checkbox"/> okazano dokumenty potrzebne do wydania EKUZ |
| <input type="checkbox"/> potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów | <input type="checkbox"/> 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 członkowskiego (z wyjątkiem tzw. kosztów własnych pacjenta, o ile zostały przewidziane w ustawodawstwie państwa pobytu). Zgodnie z przepisami wspólnotowymi z zakresu koordynacji systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich UE (rozporządzenie nr 883/2004 i 987/09) i EFTA (rozporządzenie nr 1408/71 i 574/72), 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 i **zachowuje ważność do momentu określonego w niej**, jako data końcowa ważności karty, **chyba, że w czasie, w którym była ważna dana osoba utraciła status osoby ubezpieczonej w NFZ**. W takiej sytuacji EKUZ traci ważność w tym samym dniu, co utrata statusu osoby ubezpieczonej w Funduszu.

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 członkowskim przestaje Pan/ Pani podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce, nawet, jeżeli pracodawca nie dopełni obowiązku wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ osób ubezpieczonych wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania tytułu do ubezpieczenia, np. 30 dnia od dnia:

1. rozwiązania stosunku pracy (dotyczy to osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, mianowania, oraz żołnierzy i funkcjonariuszy) lub też w przypadku otrzymania bezpłatnego urlopu dłuższego niż 30 dni
2. zakończenia lub wyrejestrowania działalności gospodarczej
3. utraty statusu bezrobotnego w RP lub z dniem podjęcia pracy w innym państwie członkowskim
4. utraty czy zawieszenia prawa do pobierania świadczenia emerytalno-rentowego;
5. utraty statusu rolnika
6. utraty prawa do świadczenia społecznego (innego niż zasiłek dla osób bezrobotnych czy świadczenie emerytalno – rentowe), np. zasiłek stały z pomocy społecznej, zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, czy świadczenie pielęgnacyjne;
7. rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia;

W przypadku osób uczących się (szkoła średnia lub wyższa) prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki oraz z chwilą ukończenia 26 r.ż.

Wraz z wygaśnięciem prawa do świadczeń ww. grup ubezpieczonych – prawo to wygasa również dla osób zgłoszonych przez nich do ubezpieczenia zdrowotnego jako członków rodzin.