

**WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
dla osób wyjeżdżających w związku z pracą, nauką, studiami lub poszukiwaniem pracy przez bezrobotnych oraz dla pracowników  
konsularnych i dyplomatycznych**

1. DANE OSOBY WYJEŻDŻAJĄCEJ:															
1.1 PESEL: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													1.2 Data urodzenia:	1.3 Imię (imiona):	
1.4 Nazwisko:															
1.5 Adres zamieszkania	1.5.1 Ulica:														
1.5.2 Nr domu:	1.5.3 Nr lokalu:	1.5.4 Gmina:	1.5.5 Kod pocztowy:												
1.5.6 Miejscowość / Poczta:	1.5.7 Państwo:	1.5.8 Ewentualny telefon kontaktowy:													
2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA - zaznaczyć właściwy kwadrat:															
<input type="checkbox"/> 1. Osoba zatrudniona;		<input type="checkbox"/> 6. Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna													
<input type="checkbox"/> 2. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą;		<input type="checkbox"/> 7. Student, zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię;													
<input type="checkbox"/> 3. Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą (rolnik);		<input type="checkbox"/> 8. Osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny;													
<input type="checkbox"/> 4. Osoba pobierająca świadczenia emerytalne;		<input type="checkbox"/> 9. Inne: .....													
<input type="checkbox"/> 5. Osoba pobierająca rentę;		(wypełnić tylko w przypadku gdy tytuł do ubezpieczenia inny niż w pkt. 1-8)													
3. DANE OSOBY OPLACAJĄCEJ SKŁADKĘ: (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osobą z pkt. 1 jest osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny)															
3.1 PESEL: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													3.2 Data urodzenia:	3.3 Imię (imiona):	
3.4 Nazwisko:															
3.6 Adres zamieszkania:	3.5.1 Ulica:														
3.5.2 Nr domu:	3.5.3 Nr lokalu:	3.5.4 Gmina:	3.5.5 Kod pocztowy:												
3.5.6 Miejscowość / Poczta:	3.5.7 Państwo:	3.5.8 Ewentualny telefon kontaktowy:													
4. CEL WYJAZDU - zaznaczyć właściwy kwadrat w zależności od celu wyjazdu <sup>1)</sup> :															
<input type="checkbox"/> 4.1 Delegowanie na podstawie A1;		<input type="checkbox"/> 4.4 Praca w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego;													
<input type="checkbox"/> 4.2 Wykonywanie pracy w dwóch państwach na podstawie A1;		<input type="checkbox"/> 4.5 Wyjazd na studia w innym państwie UE/EFTA;													
<input type="checkbox"/> 4.3 Poszukiwanie pracy na podstawie U2 (osoba bezrobotna);		<input type="checkbox"/> 4.6 Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie UE/EFTA;													
5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:															
5.1 Państwo /(-a):		5.2 Okres pobytu: od ..... do .....													
6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ – zaznaczyć właściwy kwadrat i uzupełnić dane:															
6.1 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 <sup>2)</sup>													
<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 2015 r. Poz. 581 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

<sup>\*</sup>) Niepotrzebne skreślić

## Zasady wypełniania pkt. 4 i pkt. 6

### 1) W pkt. 4 należy zaznaczyć cel wyjazdu

- Pkt. 4.1 zaznacza:
  - ✓ pracownik najemny, który został oddelegowany przez pracodawcę do pracy w innym państwie UE/EFTA – na podstawie A1; dotyczy to również pracowników transportu międzynarodowego, żołnierzy zawodowych, tzw. funkcjonariuszy służb mundurowych, tj. m.in. Policji, Straży Granicznej, Służby Celnej, Agencji Wywiadu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Biura Bezpieczeństwa Narodowego, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Więziennej, jak również sędziów i prokuratorów oraz osoby duchowne.
  - ✓ osoba prowadząca działalność gospodarczą na terytorium RP, udająca się do innego państwa wykonywać podobną działalność, tzw. samo-delegowanie – na podstawie A1; dotyczy to również osoby prowadzącej działalność gospodarczą z zakresu transportu międzynarodowego,
- Pkt. 4.2 zaznacza:
  - ✓ pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność gospodarczą, która wykonuje pracę w dwóch lub więcej państwach UE/EFTA na podstawie A1 np. dwóch pracodawców, dwie działalności;
- Pkt. 4.3 zaznacza osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy, która udaje się do innego państwa UE/EFTA w celu poszukiwania tam pracy na podstawie formularza U2;
- Pkt. 4.4 zaznacza pracownik dyplomatyczny lub konsularny oddelegowany do pracy na placówce;
- Pkt. 4.5 zaznacza student, który udaje się na studia do innego państwa UE/EFTA
- Pkt. 4.6 zaznacza uczeń, który udaje się szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie UE/EFTA;

2) **Pkt. 6** - EKUZ może być wysłana na adres zamieszkania tylko w przypadku, gdy wniosek złożony był osobiście lub za pośrednictwem poczty. Wniosek złożony za pośrednictwem poczty elektronicznej, który nie zawiera podpisu, wymaga osobistego odbioru.

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.**

**EKUZ wydawana jest wyłącznie osobom, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia w NFZ. Brak zgłoszenia skutkuje koniecznością przeprowadzenia dodatkowej weryfikacji prawa do świadczeń zdrowotnych przed wydaniem karty.**

- **Jeśli wnioskodawca w pkt. 4 zaznaczył 4.1 lub 4.2** do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, **należy dołączyć dokument A1** wydany przez ZUS lub KRUS.
- **Jeśli wnioskodawca w pkt. 4 zaznaczył 4.3** do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, **należy dołączyć dokument U2** wydany przez Urząd Pracy.
- **Jeśli wnioskodawca w pkt. 4 zaznaczył 4.4** do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, należy dołączyć informację od pracodawcy zawierającą dane pracownika dyplomatycznego lub konsularnego (imię, nazwisko, numer PESEL, okres oddelegowania oraz państwo oddelegowania) oraz towarzyszących mu członków rodziny;
- **Jeśli wnioskodawca w pkt. 4 zaznaczył 4.5 lub 4.6**, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, **należy dołączyć ważną legitymację lub zaświadczenie z uczelni**, które powinno zawierać:
  - Pełną nazwę uczelni lub szkoły z dokładnym adresem i danymi kontaktowymi;
  - Imię, nazwisko i datę urodzenia ucznia lub studenta;
  - Informację o oddelegowaniu na studia do innego państwa UE/EFTA (jeśli wyjazd jest organizowany przez polską uczelnię);
  - Dokładny dzień rozpoczęcia semestru lub roku akademickiego oraz dzień zakończenia danego semestru lub roku; akademickiego, w trakcie którego wnioskująca o EKUZ będzie posiadała status ucznia, studenta;
  - Podpis osoby upoważnionej przez daną uczelnię / szkołę do wystawienia zaświadczenia;
- ✓ Zaświadczenie wystawiane przez uczelnię lub szkołę, stanowiące podstawę do wystawienia EKUZ z datą nie wcześniejszą niż 90 dni od dnia złożenia wniosku o EKUZ. **Zaświadczenia wystawione z datą wcześniejszą niż 90 dni od dnia złożenia wniosku, nie będą stanowić podstawy do wydania EKUZ**

### 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*

Potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów

Stwierdzam brak następujących dokumentów:

.....  
(podpis pracownika OW NFZ)

**INFORMACJA W SPRAWIE UTRATY UPRAWNIENI 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 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 UE/EFTA przestaje Pan/ Pani podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce, nawet, jeżeli pracodawca nie dopełni obowiązku wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.**

**Jeżeli, po utracie statusu osoby ubezpieczonej w NFZ osoba nie zacznie podlegać ubezpieczeniu w innym państwie UE/EFTA prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ 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 UE/EFTA
- 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;

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej studentów wygasa po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich 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.