



WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

w związku z pobytem czasowym w innym państwie UE/EFTA (wyjazd turystyczny)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--------------------|--|
| 1. DANE OSOBY WYJEŻDŻAJĄCEJ: | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 PESEL: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></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 NFZ – zaznaczyć właściwy kwadrat | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona; | <input type="checkbox"/> Osoba pobierająca rentę | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą; | <input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą (rolnik); | <input type="checkbox"/> Student – zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia emerytalne; | <input type="checkbox"/> Inne niż ww.: | | | | | | | | | | | | | |
| 3. DANE OSOBY OPLACAJĄCEJ SKŁADKĘ - wypełnić, gdy w pkt. 2 zaznaczono „osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny” | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 PESEL: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | 3.2 Data urodzenia: | 3.3 Imię (imiona): | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4 Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5 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. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU: | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 Państwo /(-a): | | 4.2 Wnioskowany okres na jaki ma być wydana karta: od do | | | | | | | | | | | | |
| 5. SPOSÓB ODBIORU EKUZ – zaznaczyć właściwy kwadrat i uzupełnić dane: | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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

* 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.

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.

Wnioskodawca, dla którego OW NFZ nie może potwierdzić faktu posiadania prawa do świadczeń na koszt NFZ w celu uzyskania EKUZ w związku z wyjazdem na pobyt czasowy do innego państwa UE/EFTA (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny), powinien okazać przy składaniu 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** – np. aktualne zaświadczenia z ZUS o niezaleganiu w opłaceniu składek, dowód wpłaty;
3. **Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą** – aktualne zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ;
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** - dowód wpłaty składek za cały okres trwania umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym lub zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłaceniu składek 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, odpowiednio, jeden z wymienionych w pkt. 1-7.

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:
- potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów
- okazano dokumenty potrzebne do wydania EKUZ
- 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.