WNIOSEK

o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) ***ze względu na uzyskanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych w okresie poprzedzającym złożenie wniosku***

1. Dane osoby, której ma być wydany certyfikat:			
1.1 PESEL		**1.2 Data urodzenia**:	**1.3 Imię (imiona)**:
1.4 Nazwisko:			
1.6 Adres zamieszkania	**1.6.1** Ulica:		
1.6.2 Nr domu:	**1.6.3** Nr lokalu:	**1.6.4** Kod pocztowy:	**1.6.5** Miejscowość / Poczta:
1.6.7 Gmina:	**1.6.8** Państwo:	**1.7 Telefon kontaktowy** (pole nieobowiązkowe):	

2. Status ubezpieczenia w Polsce w okresie ważności wnioskowanego Certyfikatu*:		
□ osoba ubezpieczona[1]	□ członek rodziny osoby ubezpieczonej	□ osoba nieubezpieczona posiadająca prawo do świadczeń[2]

3. Cel pobytu w państwie, w którym udzielone zostały świadczenia*:				
□ turystyczny	□ zarobkowy[3]	□ studia / nauka	□ uzyskanie leczenia	□ inny (np. zmiana miejsca zamieszkania) .....

4. Państwo UE/EFTA, w którym udzielono świadczeń:	.....

5. Okres, na który Certyfikat ma zostać wydany (tożsamy z okresem udzielonych świadczeń):	**5.1** Od:	**5.2** Do:

6. Sposób odbioru Certyfikatu*:			
□ proszę przesłać faksem na nr:	□ odesłać mailem:	□ osobiście[4]	□ proszę przesłać pocztą na wskazany adres[5]: ....

7. Dodatkowe informacje:

** Zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

- ✓ *jestem świadomy odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się Certyfikatem tymczasowo zastępującym 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.)*
- ✓ *jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego.*
- ✓ *wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*
- ✓ *w okresie na jaki ma zostać wystawiony Certyfikat nie jestem / nie byłem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA.*

Wyrażam zgodę na przesłanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ za pośrednictwem faksu lub maila (w przypadku wyboru takiej opcji).

……..

Czytelny podpis i data

Odebrałem …….. *(czytelny podpis)* ***dnia*** *……..... – wypełnić wyłącznie przypadku osobistego odbioru w OW NFZ*

[1] *Osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, np. pracownik, emeryt, osoba bezrobotna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, rolnik itd.*

[2] *Osoba, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 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.)*

[3] *W przypadku, gdy cel wyjazdu miał charakter zarobkowy, wnioskodawca musi mieć potwierdzoną właściwość polskiego ustawodawstwa przez ZUS na druku A1 (E101)*

[4] *W przypadku, gdy wniosek składa osoba upoważniona, niezbędne jest załączenie upoważnienia.*

[5] *Certyfikat może zostać wysłany na adres zamieszkania lub pobytu wyłącznie w przypadku, gdy wniosek został podpisany czytelnym podpisem i zawiera wszelkie dane pozwalające na identyfikację wnioskodawcy. W pozostałych przypadkach możliwy jest wyłącznie odbiór osobisty.*