

## Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z wykonywaniem pracy w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA\*

<b>1. Dane wnioskodawcy:</b>			
1.1 PESEL <sup>1</sup> :			1.2 Data urodzenia <sup>2</sup> :
6	5	0	3
0	8	1	1
2	2	3	
1.3 Imię: <i>Jan</i>		1.4 Nazwisko: <i>Kowalski</i>	
1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail <sup>3</sup> : <i>jk@wp.pl</i>			
<b>2. Status wnioskodawcy - zaznaczyć właściwy:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona		<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej	
<b>3. Cel wyjazdu – zaznaczyć właściwe<sup>4</sup>:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>3.1</b> Wyjazd w związku z wykonywaniem pracy – na podstawie A1			
<input type="checkbox"/> <b>3.2</b> Wyjazd w związku z poszukiwaniem pracy – na podstawie U2 (osoby bezrobotne)			
<input type="checkbox"/> <b>3.3</b> Praca w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego			
<b>4. Sposób odbioru EKUZ – zaznaczyć właściwe:</b>			
<input type="checkbox"/> Osobiście		w: .....	
<input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej <sup>5</sup>		(podać odpowiednio: oddział wojewódzki NFZ, delegaturę lub punkt wydający karty, w którym EKUZ będzie odebrana)	
<input checked="" type="checkbox"/> Przesłać pocztą na adres <sup>6</sup> :			
Ulica: <i>Miła</i>		Nr domu: <i>2</i>	Nr lokalu: <i>15</i>
Kod pocztowy: <i>01-100</i>	Miejscowość / Poczta: <i>Warszawa</i>	Państwo: <i>Polska</i>	

Proszę o załączenie informacji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej w państwie UE/EFTA mojego pobytu:  
 .....

- Oświadczam, że 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, że znam/zapoznałem się (załącznik nr 1) z zasadami utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej 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 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).
- Oświadczam, że nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania właściwemu OW NFZ informacji lub dokumentów niezbędnych do ustalenia swojej lub zgłoszonych członków rodziny sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego.

**2.01.2017 r.**

Data

..... *Jan Kowalski* .....

Czytelny podpis osoby wnioskującej lub opiekuna prawnego

<sup>1</sup> W przypadku braku PESEL podać serię i nr dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia.

<sup>2</sup> Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL.

<sup>3</sup> Należy podać numer telefonu / adres email do kontaktu w przypadku, gdy wniosek składany jest za pośrednictwem poczty lub faksem.

<sup>4</sup> Patrz dodatkowe informacje ad. 3)

<sup>5</sup> Należy załączyć upoważnienie lub inny równoważny dokument uprawniający do uzyskania karty w imieniu innej osoby.

<sup>6</sup> EKUZ może być wysłana na adres zamieszkania tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.

<sup>7</sup> Podać nazwę państwa członkowskiego lub odpowiedni skrót AT, BE, BG, HR, CY, CZ, DK, EE, FI, FR, DE, EL, HU, IS, IE, IT, LV, LI, LT, LU, MT, NL, NO, PT, RO, SK, SI, ES, SE, CH, UK.

EKUZ odebrałem/lam w dniu .....

Podpis .....

**DODATKOWE INFORMACJE:**

**\*Wniosek przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych w NFZ oraz członków ich rodzin, których wyjazd do innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA związany jest z poszukiwaniem pracy, wykonywaniem pracy, w tym wykonywaniem zadań służbowych na polecenie pracodawcy oraz z pracą w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego.**

W przypadku, gdy oddział wojewódzki NFZ nie jest w stanie potwierdzić prawa do świadczeń na podstawie posiadanych informacji wydanie EKUZ uzależnione jest od przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przez **oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy.**

**Ad. 3) Cel wyjazdu:**

- Punkt 3.1 zaznacza, każdy ubezpieczony, którego wyjazd związany jest z wykonywaniem pracy lub wykonywaniem na polecenie pracodawcy zadań służbowych na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA na podstawie dokumentu A1. Dotyczy to, m.in.: pracowników oddelegowanych przez pracodawcę lub osoby samo-delegujące się, w tym pracowników transportu międzynarodowego, służb mundurowych, żołnierzy zawodowych, itp. **oraz towarzyszący mu członek rodziny;**
- Punkt 3.2 zaznacza osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy, która udaje się do innego państwa UE/EFTA w celu poszukiwania tam pracy na podstawie formularza U2 **oraz towarzyszący mu członek rodziny;**
- Punkt 3.3 zaznacza pracownik dyplomatyczny lub konsularny oddelegowany do pracy w placówce dyplomatycznej lub konsularnej **oraz towarzyszący mu członek rodziny.**

**Dokumenty wymagane – jeżeli wnioskodawca w pkt. 3 zaznaczył:**

- Pkt. 3.1 należy dołączyć dokument A1 wydany przez ZUS lub KRUS;
- Pkt. 3.2 należy dołączyć dokument U2 wydany przez Urząd Pracy;
- Pkt. 3.3 należy dołączyć informację od pracodawcy zawierającą dane pracownika dyplomatycznego lub konsularnego (imię, nazwisko, numer PESEL, okres wykonywania pracy oraz państwo) oraz towarzyszących mu członków rodziny.

**Okres ważności EKUZ uzależniony jest od celu wyjazdu:**

- dla osób wskazanych w pkt. 3.1 karta wydawana jest na okres zgodny z dokumentem A1;
- dla osób wskazanych w pkt. 3.2 karta wydawana jest na okres zgodny z dokumentem U2;
- dla osób wskazanych w pkt. 3.3 karta wydawana jest na okres zgodny z pismem podmiotu oddelegowującego pracownika.

W przypadku ustalenia przez oddział wojewódzki NFZ krótszego okresu uprawnień, okres ważności karty może ulec skróceniu.

W przypadku konieczności potwierdzenia uprawnień **za okres wsteczny należy złożyć wniosek o Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ.**

**UWAGA:**

Podjęcie pracy w innym państwie członkowskim UE/EFTA, bez uzyskania potwierdzenia właściwości polskiego ustawodawstwa na podstawie dokumentu A1, skutkuje utratą prawa do posługiwania się EKUZ wydaną przez NFZ. NFZ uprawniony jest do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych, od osób które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń na koszt NFZ.

.....  
 .....  
*Adnotacje oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*

.....  
*Podpis pracownik OW NFZ*

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

Zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 i 987/09) **Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)** potwierdza prawo do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne z przyczyn medycznych w trakcie pobytu czasowego na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Świadczenia udzielane są na zasadach obowiązujących w państwie pobytu. EKUZ nie stanowi podstawy do uzyskania zwrotu kosztów związanych z tzw. wkładem własnym pacjenta, o ile został on przewidziany w ustawodawstwie państwa pobytu. Karta może zostać wydana wyłącznie tym osobom, które posiadają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawodawstwem jednego z państw UE/EFTA. Prawo do posługiwania się EKUZ wygasa z chwilą utraty uprawnień.

W odniesieniu do Polski oznacza to, że EKUZ może być wydana osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) i **zachowuje ważność do momentu określonego w niej** jako data końcowa ważności karty. **Prawo do posługiwania się kartą wydaną przez NFZ wygasa** w przypadku, gdy w okresie ważności EKUZ posiadacz karty utraci **prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez NFZ.**

**NFZ uprawniony jest do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych, od osób które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń na koszt NFZ**

**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:

1. dnia rozwiązania stosunku pracy lub też w przypadku otrzymania bezpłatnego urlopu dłuższego niż 30 dni,
2. zakończenia lub wyrejestrowania działalności gospodarczej,
3. utraty statusu bezrobotnego w RP,
4. utraty statusu rolnika.

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