



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. DANE OSOBY WYJEZDZAJĄCEJ:																										
1.1 PESEL: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																							1.2 Data urodzenia:		1.3 Obywatelstwo:	
1.4 Imię (imiona):		1.5 Nazwisko:																								
1.6 Adres zamieszkania:																										
1.6.1 Ulica:		1.6.2 Nr domu:		1.6.3 Nr lokalu:																						
1.6.4 Gmina:		1.6.5 Kod pocztowy:		1.6.6 Miasto:																						
1.6.7 Państwo:		1.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy:																								
2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA:																										
<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona; <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą; <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca rolniczą działalność gospodarczą; <input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia emerytalno – rentowe; <input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna;		<input type="checkbox"/> Student, zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię; <input type="checkbox"/> Osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny; <input type="checkbox"/> Inne:																								
3. DANE OSOBY OPŁACAJĄCEJ SKŁADKĘ: (należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osobą wyjeżdżającą jest osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny)																										
3.1 PESEL: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																							3.2 Data urodzenia:		3.3 Obywatelstwo:	
3.4 Imię (imiona):		3.5 Nazwisko:																								
3.6 Adres zamieszkania:																										
3.6.1 Ulica:		3.6.2 Nr domu:		3.6.3 Nr lokalu:																						
3.6.4 Gmina:		3.6.5 Kod pocztowy:		3.6.6 Miasto:																						
3.6.7 Państwo:		3.6.8 Ewentualny telefon kontaktowy:																								
4. CEL WYJAZDU:																										
<input type="checkbox"/> Pobyt czasowy w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Delegowanie na podstawie formularza E 101 lub E 102 do pracy w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Poszukiwanie pracy w innym państwie członkowskim na podstawie formularza E 303; <input type="checkbox"/> Praca w charakterze pracownika transportu międzynarodowego; <input type="checkbox"/> Praca w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego; <input type="checkbox"/> Wyjazd na studia w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Uczęszczenie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Podjęcie pracy stałej/o charakterze sezonowym ¹ w innym państwie członkowskim z dniem: <input type="checkbox"/> podczas urlopu bezpłatnego w Polsce, udzielonego mi w dniach: od do (dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych); <input type="checkbox"/> podczas urlopu płatnego w Polsce udzielonego mi w dniach: od do (dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych);																										
5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:																										
5.1 Kraj:		5.2 Okres pobytu: od do																								
6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ:																										
<input type="checkbox"/> Osobiście. Odebrałem/lam EKUZ osobiście w dniu		<input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem).		<input type="checkbox"/> Pocztą na adres zamieszkania. 																						
Podpis																										

Proszę o załączenie informacji dotyczącej zasad korzystania z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz systemu opieki zdrowotnej w państwie mojego pobytu:

Tak Nie

Do wniosku załączono ilość załączników:

okazano dokumenty potrzebne do wydania EKUZ

Oświadczam, iż znane mi są przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r Nr 210 poz.2135) oraz przepisy o koordynacji, w szczególności zasady powstawania, legitymowania, oraz wygasania uprawnień wynikających z EKUZ. Zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, iż zapoznałem/lam się z „Informacją w sprawie utraty uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dla posiadaczy Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego”.

Oświadczam iż nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim UE/EOG.

.....
Data wypełnienia wniosku

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

¹ Niepotrzebne skreślić

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.

- **Jeśli osoba wnioskująca wyjeżdża na pobyt czasowy do innego państwa członkowskiego (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny) i posiada własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinna dołączyć następujące dokumenty:**
 - Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- **Jeśli osoba wnioskująca wyjeżdża na pobyt czasowy do innego państwa członkowskiego (np. wyjazd turystyczny, wizyta u rodziny) i zgłoszona jest do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia jako członek rodziny, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinna dołączyć następujące dokumenty:**
 - Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia osoby, która dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny;
 - Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ jako członka rodziny, oraz
 - Legitymacja szkolna lub studencka - w przypadku uczniów i studentów.
- **Jeśli osoba wnioskująca jest uczniem uczącym się w szkole w innym państwie członkowskim lub studentem udającym się do innego państwa członkowskiego w celu odbycia tam studiów, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, powinna dołączyć następujące dokumenty:**
 - Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ;
 - W przypadku osób, zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny – dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ osoby, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny;
 - Zaświadczenie lub legitymacja szkolna, ważne na dany rok szkolny ze szkoły znajdującej się na terenie innego państwa członkowskiego bądź zaświadczenie z uczelni w państwie pobytu lub zaświadczenie z polskiej uczelni, które powinno zawierać następujące informacje:
 - Imię i nazwisko studenta;
 - Informację o oddelegowaniu na studia do innego państwa członkowskiego (jeśli wyjazd jest organizowany przez polską uczelnię) bądź informację, że dana osoba została przyjęta na studia na uczelnię w innym państwie członkowskim;
 - Okres na jaki student zostaje oddelegowany na studia na uczelni w innym państwie członkowskim, bądź terminy trwania semestrów (lub roku akademickiego).
- **W przypadku pracowników oddelegowanych do pracy na terenie innego państwa członkowskiego Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest na podstawie formularza E 101 lub E 102, wydanego przez ZUS. Członkowie rodziny towarzyszący pracownikowi oddelegowanemu, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, powinni dołączyć:**
 - Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny.
- **Jeśli osoba wnioskująca jest osobą bezrobotną, udającą się do innego państwa członkowskiego w celu poszukiwania pracy Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest na podstawie formularza E 303, wydanego przez Urząd Pracy. Członkowie rodziny towarzyszący osobie bezrobotnej, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinni dołączyć:**
 - Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny.
- **W przypadku pracowników transportu międzynarodowego, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinny być dołączone następujące dokumenty:**
 - Dokument potwierdzający zatrudnienie w charakterze pracownika transportu międzynarodowego;
 - Oświadczenie pracodawcy, w którym zobowiązuje się on do zwrotu EKUZ wydanych dla zatrudnionych pracowników oraz towarzyszących im członków rodziny, w przypadku, gdy z pracownikami tymi dana firma rozwiąże stosunek pracy, bądź zostaną im udzielone bezpłatne urlopy powyżej 30 dni;
 - Dokumentu potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ;
 - W przypadku członków rodziny dodatkowo - dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny.

DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA:

Dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne w NFZ, który osoba zainteresowana powinna dołączyć do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego może być:

Dla ubezpieczonego:

1. Dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:
 - aktualne dokumenty zawierające zestawienie należnych składek zdrowotnych: ZUS RMUA, ZUS RZA, ZUS RCA – w odniesieniu do pracowników i członków ich rodzin;
 - dowód wpłaty w przypadku składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzanej przez rolników do KRUS;
 - dowód wpłaty w przypadku osób ubezpieczonych prowadzących działalność na własny rachunek;
 - odcinek renty lub emerytury;
 - dowód wpłaty składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

lub

2. Dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, oprócz dokumentu potwierdzającego opłacenie składki, który pośrednio wskazuje na podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu, np.:
 - legitymacja rencisty, emeryta, legitymacja ubezpieczeniowa, zaświadczenie o pobieraniu zasiłku przedemerytalnego;
 - zaświadczenie wystawione przez płatnika składek o zgłoszeniu osoby do ubezpieczenia zdrowotnego;
 - zaświadczenie wystawione przez Urząd Pracy, potwierdzają zgłoszenie i odprowadzanie składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku bezrobotnych niepodlegających ubezpieczeniu z innego tytułu.

W przypadku osób zgłoszonych do ubezpieczenia w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest także zaświadczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

W przypadku emerytów/rencistów wojskowych dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest legitymacja.

Dla członków rodziny:

1. Dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń osoby ubezpieczonej, która zgłosiła do ubezpieczenia członka rodziny;
2. Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny (ZUS ZCNA, ZUS ZCZA).

.....
Adnotacje Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów

Stwierdzam brak następujących dokumentów :

.....
(podpis pracownika OWNFZ);

.....
(podpis pracownika OWNFZ);

O Ś W I A D C Z E N I E

Imię i Nazwisko:

PESEL: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Oświadczam, że:

1. będąc pracownikiem ¹:

- nie przebywam na urlopie bezpłatnym trwającym dłużej niż 30 dni,
- nie jestem w okresie wypowiedzenia,
- nie dotyczy

2. będąc osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej (w tym emerytem, rencistą) nie podejmuję na terenie innego niż Polska kraju UE/ EOG oraz Szwajcarii:

- pracy zarobkowej (także jako marynarz pod banderą statku kraju UE/ EOG lub Szwajcarii),
- działalności gospodarczej,
- stażu, praktyki zawodowej (UWAGA! Ten punkt nie dotyczy programu wymiany studenckiej w ramach Socrates Erasmus, Leonardo da Vinci etc)

3. nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu na terenie innego niż Polska kraju UE/ EOG oraz Szwajcarii (w tym także- nie pobieram świadczenia emerytalno- rentowego)

W przypadku uzyskania przeze mnie tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w innym niż Polska kraju UE/ EOG bądź Szwajcarii (podjęcie pracy zarobkowej, stażu, praktyki, działalności gospodarczej etc) zobowiązuję się nie posługiwać się wystawioną przez ZOW NFZ Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego i poinformuję ZOW NFZ o tym fakcie niezwłocznie (w ciągu 7 dni).

Przyjmuję także do wiadomości, iż Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie stanowi podstawy udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych jako planowe bądź na życzenie pacjenta.

Szczecin, dnia,

.....

własnoręczny czytelny podpis

¹ Proszę zaznaczyć jedną opcję