

**WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA OSÓB
WSKAZANYCH W ART. 2 UST. 1 PKT 2,3 USTAWY Z DNIA 24 SIERPNIA 2007 ROKU O ŚWIADCZENIACH
OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

1. DANE OSOBY WYJEŻDŻAJĄCEJ:											
1.1 PESEL:								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:											
2.1. Art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.						2.2 Art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: 2.2.1 Nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i położu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, 2.2.2 Osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia					
3. RODZAJE DOKUMENTU:											
3.1 decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (dot. pkt. 2.1)				3.2 zaświadczenie od lekarza (z datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed złożeniem wniosku) i/lub karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość; w przypadku kobiet w okresie położu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość matki (dot. pkt. 2.2.1)				3.3 dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia (dot. pkt. 2.2.2)			
4. CEL WYJAZDU:											
☐ Pobyt czasowy w innym państwie członkowskim; ☐ Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie członkowskim; ☐ Podjęcie pracy stałej/o charakterze sezonowym ¹ w innym państwie członkowskim z dniem: ☐ Inne											
5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:											
5.1 Kraj:		5.2 Okres pobytu: od do									
6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ:											
☐ Osobiście.		☐ Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem).				☐ Poczta na adres zamieszkania.				☐ Poczta na adres:	
Odebrałem/łam EKUZ osobiście w dniu											
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 załączam ilość załączników:

Oświadczam, iż znane mi są przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 poz.1027) 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/łam 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 prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia, do Wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinna dołączyć następujące dokumenty:**
 - ☐ **Dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ**

Adnotacje Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

- ☐ Potwierdzam przyjęcie kompletu wymaganych dokumentów

.....
(podpis pracownika OWNFZ);

- ☐ Stwierdzam brak następujących dokumentów :
.....
.....

.....
(podpis pracownika OWNFZ);