



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA OSÓB WSKAZANYCH W ART. 2 UST. 1 PKT 2,3 USTAWY Z DNIA 24 SIERPNIĄ 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 połogu 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:			
2.1 decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy		2.2.1 karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość; w przypadku kobiet w okresie połogu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość matki.	2.2.2 dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia
4. CEL WYJAZDU:			
<input type="checkbox"/> Pobyt czasowy w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Podjęcie pracy stałej/o charakterze sezonowym ² w innym państwie członkowskim z dniem: <input type="checkbox"/> inne			
5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:			
5.1 Kraj:		5.2 Okres pobytu: od do	
6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ:			
<input type="checkbox"/> Osobiście. <i>Odebrałem/tam EKUZ osobiście w dniu</i> <i>Podpis</i>	<input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem).	<input type="checkbox"/> Poczta na adres zamieszkania.	<input type="checkbox"/> Poczta na adres:

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

Tak Nie

² Niepotrzebne skreślić

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. 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

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);