

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA*

1. Dane osoby, dla której EKUZ ma być wydana (wniosek należy wypełnić osobno dla każdej osoby):												
1.1 PESEL ¹ :		1.2 Data urodzenia ² :										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
1.3 Imię:		1.4 Nazwisko:										
1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail ³ :												
2. Status osoby, dla której EKUZ ma być wydana - zaznaczyć właściwe:												
Osoba ubezpieczona		Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń ⁴ (wpisać podstawę										
Członek rodziny osoby ubezpieczonej		uprawnień):.....										
3. Jeśli EKUZ ma zostać przesłana pocztą – proszę podać adres⁵:												
Imię, nazwisko / Nazwa adresata (podać odpowiednio):												
Ulica:		Nr domu: Nr lokalu:										
Kod pocztowy:	Miejscowość / Poczta:	Państwo:										

Ulotki zawierające informacje dotyczące systemów opieki zdrowotnej w innych niż Polska państwach członkowskich UE/EFTA **dostępne są na stronie** www.ekuz.nfz.gov.pl (Leczenie w innych państwach członkowskich UE/EFTA – ulotki) lub w oddziale wojewódzkim NFZ.

- 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 2017 r. poz. 1938 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.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej, opiekuna prawnego
lub osoby upoważnionej⁶

EKUZ odebrałem/lam (data / podpis)

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

² Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL.

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

⁴ Zaznacza osoba nieubezpieczona, która posiada prawo do świadczeń na podstawie przepisów krajowych – patrz „**dodatkowe informacje**” ad. 2).

⁵ EKUZ może być wysłana na wskazany adres tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.

⁶ W przypadku, gdy z wnioskiem występuje osoba upoważniona lub opiekun prawny należy załączyć odpowiednio pisemne upoważnienie lub inny równoważny dokument uprawniający do uzyskania karty w imieniu innej osoby.