

## WNIOSEK O WYDANIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

<b>1. DANE OSOBY WYJEŻDŻAJĄCEJ:</b>			
1.1 PESEL:		1.2 Data urodzenia:	1.3 Obywatelstwo:
1.4 Imię (imiona):		1.5 Nazwisko:	
<b>1.6 Adres zamieszkania:</b>			
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:	
<b>2. TYTUŁ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA:</b>			
<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: .....	
<b>3. DANE OSOBY OPLACAJĄCEJ SKŁADKĘ:</b> (należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osobą wyjeżdżającą jest osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny)			
3.1 PESEL:		3.2 Data urodzenia:	3.3 Obywatelstwo:
3.4 Imię (imiona):		3.5 Nazwisko:	
<b>3.6 Adres zamieszkania:</b>			
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:	
<b>4. CEL WYJAZDU:</b>			
<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"/> Uczęszczanie do szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły średniej w innym państwie członkowskim; <input type="checkbox"/> Podjęcie pracy stałej/o charakterze sezonowym <sup>1</sup> 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);			
<b>5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYJAZDU:</b>			
5.1 Kraj:		5.2 Okres pobytu: od ..... do .....	
<b>6. SPOSÓB ODBIORU EKUZ:</b>			
<input type="checkbox"/> Osobiście.  Odebrałem/tam EKUZ osobiście w dniu .....  Podpis .....		<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.  <input type="checkbox"/> Pocztą na adres: ..... ..... .....	

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. 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

<sup>1</sup> 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);