

WNIOSEK

o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) ze względu na uzyskanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych w okresie poprzedzającym złożenie wniosku

1. Dane osoby, której ma być wydany certyfikat:																	
1.1 PESEL		1.2 Data urodzenia:		1.3 Imię (imiona):													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																	
1.4 Nazwisko:																	
1.6 Adres zamieszkania		1.6.1 Ulica:															
1.6.2 Nr domu:		1.6.3 Nr lokalu:	1.6.4 Kod pocztowy:		1.6.5 Miejscowość / Poczta:												
1.6.7 Gmina:		1.6.8 Państwo:		1.7 Telefon kontaktowy (pole nieobowiązkowe):													
2. Status ubezpieczenia w Polsce w okresie ważności wnioskowanego Certyfikatu*:																	
<input type="checkbox"/> osoba ubezpieczona ¹		<input type="checkbox"/> członek rodziny osoby ubezpieczonej		<input type="checkbox"/> osoba nieubezpieczona posiadająca prawo do świadczeń ²													
3. Cel pobytu w państwie, w którym udzielone zostały świadczenia*:																	
<input type="checkbox"/> turystyczny	<input type="checkbox"/> zarobkowy ³	<input type="checkbox"/> studia / nauka	<input type="checkbox"/> uzyskanie leczenia	<input type="checkbox"/> inny (np. zmiana miejsca zamieszkania)													
4. Państwo UE/EFTA, w którym udzielono świadczeń:																	
.....																	
5. Okres, na który Certyfikat ma zostać wydany (tożsamy z okresem udzielonych świadczeń):				5.1 Od:	5.2 Do:												
.....																	
6. Sposób odbioru Certyfikatu*:																	
<input type="checkbox"/> proszę przesłać faksem na nr:		<input type="checkbox"/> odesłać mailem:		<input type="checkbox"/> osobiście ⁴	<input type="checkbox"/> proszę przesłać pocztą na wskazany adres ⁵ :												
7. Dodatkowe informacje:																	

* *Zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

- ✓ *jestem świadomy odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się Certyfikatem tymczasowo zastępującym 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 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)*
- ✓ *jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego.*
- ✓ *wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*
- ✓ *w okresie na jaki ma zostać wystawiony Certyfikat nie jestem / nie byłem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA.*

Wyrażam zgodę na przesłanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ za pośrednictwem faksu lub maila (w przypadku wyboru takiej opcji).

.....
Czytelny podpis i data

Odebrałem (czytelny podpis) **dnia** – wypełnić wyłącznie przypadku osobistego odbioru w OW NFZ

¹ Osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, np. pracownik, emeryt, osoba bezrobotna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, rolnik itd.

² Osoba, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)

³ W przypadku, gdy cel wyjazdu miał charakter zarobkowy, wnioskodawca musi mieć potwierdzoną właściwość polskiego ustawodawstwa przez ZUS na druku A1 (E101)

⁴ W przypadku, gdy wniosek składa osoba upoważniona, niezbędne jest załączenie upoważnienia.

⁵ Certyfikat może zostać wysłany na adres zamieszkania lub pobytu wyłącznie w przypadku, gdy wniosek został podpisany czytelnym podpisem i zawiera wszelkie dane pozwalające na identyfikację wnioskodawcy. W pozostałych przypadkach możliwy jest wyłącznie odbiór osobisty.