**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]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | 1.2 Data urodzenia[[2]](#footnote-2): |
| 1.3 Imię: | 1.4 Nazwisko: |
| 1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail[[3]](#footnote-3): |
| **2. Status osoby, dla której EKUZ ma być wydana -** *zaznaczyć właściwe***:** |
| * Osoba ubezpieczona
* Członek rodziny osoby ubezpieczonej
 | * Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń[[4]](#footnote-4) *(wpisać podstawę uprawnień*):……………………………………………………
 |

|  |
| --- |
| **3. Jeśli EKUZ ma zostać przesłana pocztą – proszę podać adres [[5]](#footnote-5):** |
| 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***](http://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 upoważnionej*[[6]](#footnote-6)

**EKUZ odebrałem/łam ………………………. (data / podpis)**

 **1/3**

**DODATKOWE INFORMACJE:**

**\*Wniosek przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych w NFZ, członków rodzin** zgłoszonych przez osoby ubezpieczone, **osób** nieubezpieczonych **posiadających prawo do świadczeń na gruncie przepisów krajowych, których wyjazd do innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA jest związany z pobytem czasowym, tj. wyjazd turystyczny, wyjazd w celu nauki (szkoła/studia) lub inny wyjazd czasowy, który nie jest związany z wykonywaniem pracy, przeniesieniem miejsca zamieszkania lub uzyskaniem leczenia planowanego.**

W przypadku, gdy oddział wojewódzki NFZ nie jest w stanie potwierdzić prawa do świadczeń na podstawie posiadanych informacji wydanie EKUZ uzależnione jest od przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przez **oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy**.

**Dokumenty wymagane:**

> Osoby zgłoszone do ubezpieczenia, jako członek rodziny w wieku powyżej 18 r.ż. w stopniu pokrewieństwa „dziecko” /„wnuk” - dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, tj. aktualna legitymacja lub zaświadczenie z uczelni/szkoły (szczegóły dotyczące dokumentów dostępne na stronie [www.ekuz.nfz.gov.pl/nauka/informacje-ogolne](http://www.ekuz.nfz.gov.pl/nauka/informacje-ogolne)).

> Osoby posiadające prawo do świadczeń z tytułu renty rodzinnej powyżej 16 r.ż. w stopniu pokrewieństwa „dziecko”/ „wnuk” dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, tj. aktualna legitymacja lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły dotyczące dokumentów dostępne na stronie [www.ekuz.nfz.gov.pl/nauka/informacje-ogolne](http://www.ekuz.nfz.gov.pl/nauka/informacje-ogolne)).

> Osoby nieubezpieczone uprawnione na podstawie przepisów krajowych (patrz ad. 2) – dokument potwierdzający przysługujące uprawnienie oraz w przypadku osób, których prawo do świadczeń uzależnione jest od zamieszkiwania na terytorium RP (pkt. 4.3- 4.5.) – oświadczenie o zamieszkiwaniu na terytorium RP. W przypadku absolwentów – potwierdzenie zakończenia nauki.

**Okres ważności EKUZ**

Informacja o okresie ważności na jaki wydawana jest EKUZ dostępna jest na stronie [www.ekuz.nfz.gov.pl/](https://www.ekuz.nfz.gov.pl/) w zakładce „wypoczynek w państwach członkowskich UE/EFTA”. W przypadku ustalenia przez oddział wojewódzki NFZ krótszego okresu uprawnień, okres ważności karty może ulec skróceniu. **Karta wydawana jest od dnia złożenia wniosku**.

**Ad. 2)**Status wnioskodawcy „**osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń**” zaznacza osoba nieubezpieczona, która posiada prawo do świadczeń na podstawie 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*.), tj.:

* 1. **osoba objęta decyzją wójta** (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającą to prawo (*art. 2 ust. 1 pkt. 2 ww. ustawy o świadczeniach*),
	2. **nieubezpieczona osoba, która nie ukończyła 18 roku życia** i posiada polskie obywatelstwo (*art. 2 ust. 1 pkt. 3 lit. a) ww. ustawy o świadczeniach*),
	3. **nieubezpieczona osoba, która nie ukończyła 18 roku życia,** posiada miejsce zamieszkania na terytorium RP, która uzyskała w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy (*art. 2 ust. 1 pkt. 3 lit. b) ww. ustawy o świadczeniach*),
	4. **nieubezpieczona kobieta** posiadająca polskie obywatelstwo oraz zamieszkanie na terytorium RP w okresie ciąży, porodu lub połogu (*art. 2 ust. 1 pkt. 4 lit. a ww. ustawy o świadczeniach*)
	5. **nieubezpieczona kobieta posiadająca w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy** oraz miejsce zamieszkania na terytorium RP w okresie ciąży, porodu lub połogu (*art. 2 ust. 1 pkt. 4 lit. b) ww. ustawy o świadczeniach*),
	6. **osoba nieubezpieczona, która posiada przez 30 dni prawo do świadczeń** po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (*art. 67 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach*),
	7. **absolwent szkoły ponadgimnazjalnej lub szkoły wyższej**, który posiada prawo do świadczeń przez okres, odpowiednio, 6 miesięcy lub 4 miesięcy (*art. 67 ust. 5 pkt. 1 i 2 ww. ustawy o świadczeniach*),
	8. osoba, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia ma prawo do świadczeń w okresie pobierania przez tę osobę **zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym** *(art. 67 ust. 6 ww. ustawy o świadczeniach*),
	9. osoba **ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty** (*art. 67 ust. 7 ww. ustawy o świadczeniach*);
	10. inna niż ww. osoba nieubezpieczona posiadająca prawo do świadczeń na koszt NFZ.

EKUZ dla osób wskazanych w pkt. 4.2-4.5 może zostać wydana wyłącznie w przypadku, gdy osoby te nie mogą zostać zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione do tego osoby posiadające ubezpieczenie w NFZ.

W przypadku konieczności potwierdzenia uprawnień **za okres wsteczny należy złożyć wniosek o Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ** (<https://www.ekuz.nfz.gov.pl/hidden_main_page/dokumenty-do-pobrania>).

**UWAGA:**

Podjęcie pracy w innym państwie członkowskim UE/EFTA, co do zasady skutkuje utratą prawa do posługiwania się EKUZ wydaną przez NFZ. NFZ nie pokrywa kosztów leczenia związanego z wypadkiem przy pracy w przypadku, gdy cel wyjazdu związany był z pobytem turystycznym (brak dokumentu A1). NFZ uprawniony jest do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych, od osób które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń na koszt NFZ.

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Adnotacje oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*

*..……………………*

*Podpis pracownika OW NFZ*

**2/3**

**Załącznik nr 1 do wniosku EKUZ**

**INFORMACJA W SPRAWIE UTRATY UPRAWNIEŃ DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA POSIADACZY EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr  883/2004 i 987/09 **Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)** potwierdza prawodo korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne z przyczyn medycznych w trakcie pobytu czasowego na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Świadczenia udzielane są na zasadach obowiązujących w państwie pobytu. EKUZ nie stanowi podstawy do uzyskania zwrotu kosztów związanych z tzw. wkładem własnym pacjenta, o ile został on przewidziany w ustawodawstwie państwa pobytu. Karta może zostać wydana wyłącznie tym osobom, które posiadają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawodawstwem jednego z państw UE/EFTA. Prawo do posługiwania się EKUZ wygasa z chwilą utraty uprawnienia.

W odniesieniu do Polski oznacza to, że EKUZ może być wydana osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów krajowych i **zachowuje ważność do momentu określonego w niej** jako data końcowa ważności karty. **Prawo do posługiwania się kartą wydaną przez NFZ wygasa** w przypadku, gdy **w okresie ważności EKUZ posiadacz karty** **utraci prawo do świadczeń finansowanych** ze środków publicznych **przez NFZ.**

**NFZ uprawniony jest do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych, od osób które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń na koszt NFZ.**

**Jeżeli, po utracie statusu osoby ubezpieczonej w NFZ lub uprawnionej na gruncie przepisów krajowych osoba nie zacznie podlegać ubezpieczeniu w innym państwie UE/EFTA, prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ wygasa:**

1. po upływie 30 dni od dnia ustania tytułu do ubezpieczenia, np. 30 dnia od:
	1. dnia rozwiązania stosunku pracy lub też w przypadku otrzymania bezpłatnego urlopu dłuższego niż 30 dni,
	2. zakończenia lub wyrejestrowania działalności gospodarczej,
	3. utraty statusu bezrobotnego w RP,
	4. utraty / zawieszenia prawa do pobierania świadczenia emerytalno-rentowego;
	5. utraty statusu rolnika,
	6. utraty prawa do świadczenia społecznego (innego niż zasiłek dla osób bezrobotnych czy świadczenie emerytalno – rentowe), np. zasiłek stały z pomocy społecznej, zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, czy świadczenie pielęgnacyjne;
	7. rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia;
2. z dniem utraty uprawnienia przysługującego na gruncie przepisów krajowych.

Wraz z wygaśnięciem prawa do świadczeń ww. grup ubezpieczonych – **prawo to wygasa również dla osób zgłoszonych przez nich do ubezpieczenia zdrowotnego jako członków rodzin**.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia **zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów**. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej studentów wygasa po upływie 4 miesięcy od **ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich** oraz z chwilą ukończenia 26 r.ż.

**3/3**

1. W przypadku braku PESEL podać serię i nr dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy podać numer telefonu / adres email do kontaktu w przypadku, gdy wniosek składany jest za pośrednictwem poczty lub faksem. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznacza osoba nieubezpieczona, która posiada prawo do świadczeń na podstawie przepisów krajowych – patrz „**dodatkowe informacje**” ad. 2). [↑](#footnote-ref-4)
5. EKUZ może być wysłana na wskazany adres tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany. [↑](#footnote-ref-5)
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. [↑](#footnote-ref-6)