NFZ

**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)**: |
| **1.4 Nazwisko:** | | | |
| **1.5 Adres zamieszkania** | **1.5.1** Ulica: | | |
| **1.5.2** Nr domu: | **1.5.3** Nr lokalu: | **1.5.4** Kod pocztowy: | **1.5.5** Miejscowość / Poczta: |
| **1.5.6** Gmina: | **1.5.7** Państwo: | | **1.6 Telefon kontaktowy** (pole nieobowiązkowe): |

| **2. Status ubezpieczenia w Polsce w okresie ważności wnioskowanego Certyfikatu*:** | | |
|---|---|---|
| ☐ osoba ubezpieczona[1] | ☐ członek rodziny osoby ubezpieczonej | ☐ osoba nieubezpieczona posiadająca prawo do świadczeń[2] |

| **3. Cel pobytu w państwie, w którym udzielone zostały świadczenia*:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ turystyczny | ☐ zarobkowy[3] | ☐ studia / nauka | ☐ uzyskanie leczenia | ☐ 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*:** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ proszę przesłać faksem na nr: ..... | ☐ odesłać mailem: ..... | ☐ osobiście[4] | ☐ 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.*