**Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)   
w związku z wykonywaniem pracy w innym państwie UE/EFTA**

Wniosek wypełnij osobno dla każdej osoby.

**1. Dane osoby, która otrzyma EKUZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer  i serię dokumentu tożsamości wskazanego  w zgłoszeniu do ubezpieczenia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data urodzenia** |  |  |  |  |  |  |  |  |

dd / mm / rrrr

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon1** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E-mail1** |  |

**2**. **Status osoby, która otrzyma EKUZ**

|  |  |
| --- | --- |
| osoba ubezpieczona | członek rodziny osoby ubezpieczonej |

**3**. **Cel wyjazdu osoby, która otrzyma EKUZ**

|  |
| --- |
| * praca – na podstawie zaświadczenia A1 wydanego przez ZUS lub KRUS |
| * poszukiwanie pracy (osoby bezrobotne) – na podstawie U2 * służba poza granicami kraju (żołnierz) |
| * praca w korpusie dyplomatycznym lub konsularnym – na podstawie pisma od pracodawcy |

**4. Dane adresowe – podaj, jeśli składasz wniosek elektronicznie lub jeśli chcesz otrzymać EKUZ pocztą**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię / nazwisko lub nazwa firmy** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr domu** |  | **Numer lokalu** |  | **Kod pocztowy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość / poczta** |  | **Państwo** |  |

**5**. **Oświadczenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podstawa prawna art. 233 ustawy z dnia 6.06.1997 r. Kodeks karny  Podstawa prawna art. 50 ust. 16 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej | * Rozumiem odpowiedzialność karną za składanie fałszywych zeznań. Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe. * Rozumiem odpowiedzialność finansową za nieuprawnione posługiwanie się EKUZ. Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. * Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA. * Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data (dd/mm/rrrr) Czytelny podpis

**6**. **Potwierdzenie odbioru osobistego**

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

Data (dd/mm/rrrr) Czytelny podpis **1/3**

Nieobowiązkowe dla wniosków składanych osobiście.

**DODATKOWE INFORMACJE**

**Wniosek przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych w NFZ oraz członków ich rodzin, których wyjazd do innego niż Polska państwa UE/EFTA związany jest z poszukiwaniem pracy, wykonywaniem pracy, w tym wykonywaniem zadań służbowych na polecenie pracodawcy, oraz z pracą w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego.**

**Wymagane dokumenty**

* zaświadczenie A1 wydane przez ZUS lub KRUS – jeśli zaznaczasz „praca – na podstawie zaświadczenia A1...”,
* dokument U2 wydany przez Urząd Pracy – jeśli zaznaczasz „poszukiwanie pracy (osoby bezrobotne)...”,
* decyzja MON, rozkaz personalny Dyrektora Departamentu Kadr MON albo pismo wysyłane imiennie do danego żołnierza przez Dyrektora Departamentu Kadr MON – jeśli zaznaczasz „służba poza granicami kraju (żołnierz)”,
* informacja od pracodawcy zawierającą Twoje dane (imię, nazwisko, numer PESEL, okres wykonywania pracy oraz państwo) oraz dane członków Twojej rodziny, z którymi wyjeżdżasz,
* Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby, np. jako pracodawca, krewny, pełnoletni członek rodziny.

**Okres ważności EKUZ**

* okres zgodny z zaświadczeniem A1,
* okres zgodny z dokumentem U2,
* okres zgodny z pismem podmiotu oddelegowującego pracownika.

Okres ważności karty może być krótszy, jeśli ustalimy, że przysługuje Ci krótszy okres uprawnień.

**Potwierdzenie uprawnienia na okres wsteczny**

Udzielono Ci leczenia i potrzebujesz potwierdzić swoje prawo do niego za okres wsteczny? Złóż wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ. Znajdziesz go na naszej stronie (w zakładce „[Dla pacjenta” → „Leczenie poza granicami kraju” → „Leczenie w krajach UE i EFTA” → „Dokumenty do pobrania”)](https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/dokumenty-do-pobrania/).

**Informacja o zasadach leczenia w kraju pobytu**

Informacje dotyczące opieki zdrowotnej w innych państwach UE/EFTA znajdziesz na naszej stronie (w zakładce [„Dla pacjenta” → „Leczenie poza granicami kraju” → „Leczenie w krajach UE i EFTA” → „Zasady w poszczególnych krajach](https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/wyjezdzam-do/)) lub w oddziale wojewódzkim NFZ.

**EKUZ wydana w związku z wyjazdem turystycznym**

Masz już kartę EKUZ wydaną w związku z pobytem turystycznym i ma ona okres ważności dłuższy niż okres, na jaki wydane jest zaświadczenie A1? Możesz korzystać z tej karty. Oddział wojewódzki NFZ jedynie zarejestruje informację o A1.

**Weryfikacja prawa do EKUZ**

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, by potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, przekażemy Twój wniosek do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

**Pamiętaj.** Jeśli podejmiesz pracę w innym państwie UE/EFTA bez potwierdzenia polskiego ustawodawstwa na podstawie zaświadczenia A1, utracisz prawo do korzystania z karty EKUZ. Jesteśmy uprawnieni do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów leczenia 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 o utracie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która posługuje się EKUZ**

**Do czego uprawnia EKUZ**

EKUZ potwierdzi Twoje prawo do leczenia w trakcie pobytu w państwie UE lub EFTA, do którego jesteś oddelegowany lub gdzie poszukujesz pracy. Na jej podstawie będzie Ci przysługiwać leczenie, które:

* jest niezbędne i nieplanowane,
* zostanie udzielone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
* zostanie udzielone po to, aby nie wracać do Polski przed zakończeniem oddelegowania i kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

To lekarz, który udziela pomocy, decyduje, które świadczenie jest dla Ciebie niezbędne. Bierze pod uwagę Twój stan zdrowia i planowany okres pobytu w danym kraju. Świadczenia zostaną udzielone na zasadach obowiązujących w państwie pobytu.

**Kiedy otrzymasz EKUZ i kiedy możesz się nią posługiwać**

Uzyskasz kartę, jeśli masz prawo do świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ. Prawo do posługiwania się EKUZ wygaśnie z chwilą utraty tego uprawnienia, nawet jeśli okres ważności karty jest dłuższy.

Jeśli pomimo utraty uprawnienia posłużysz się EKUZ, będziemy dochodzić zwrotu poniesionych kosztów leczenia.

**Kiedy tracisz prawo do posługiwania się EKUZ**

Nastąpi to m.in. gdy:

* zakończy się okres oddelegowania wskazany na zaświadczeniu A1 lub wskazany przez pracodawcę dla pracownika konsularnego i dyplomatycznego,
* oddelegowanie zostanie przerwane,
* podejmiesz zatrudnienie w państwie, w którym poszukiwałeś pracy z dokumentem U2, lub utracisz status bezrobotnego w Polsce,
* utracisz prawo do świadczeń w NFZ, np. w związku z rozwiązaniem stosunku pracy.

Twoje prawo do posługiwania się EKUZ wygaśnie wówczas:

* w dniu zakończenia lub przerwania oddelegowania,
* w dniu podjęcia zatrudnienia w państwie, w którym poszukiwałeś pracy z dokumentem U2,
* po upływie 30 dni od dnia utraty prawa do świadczeń.

**Pamiętaj.** Jeśli Twoje uprawnienie wygaśnie, tracą je również osoby zgłoszone jako Twoi członkowie rodziny.

**3/3**