

## Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA\*

|  |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|-----------------------|-----------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| <b>1. Dane osoby, dla której EKUZ ma być wydana</b> (wniosek należy wypełnić osobno dla każdej osoby):   |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 1.1 PESEL <sup>1</sup> :   |                       | 1.2 Data urodzenia <sup>2</sup> : |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>P</td><td>E</td><td>S</td><td>E</td><td>L</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |                       |                                   |                | P | E | S | E | L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <i>date of birth</i><br><i>(only if PESEL was not issued)</i> |  |
|  |                       | P                                 | E              | S | E | L |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 1.3 Imię:  |                       | 1.4 Nazwisko:                     |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <i>first name</i>  |                       | <i>surname</i>                    |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail <sup>3</sup> :   |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <i>phone number / email (only if application is submitted via regular mail)</i>  |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>2. Status osoby, dla której EKUZ ma być wydana - zaznaczyć właściwe:</b>  |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona ( <i>mark box to the left</i> ) <input type="checkbox"/> Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń <sup>4</sup> ( <i>wpisać podstawę uprawnień</i> ):.....              |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej   |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>3. Jeśli EKUZ ma zostać przesłana pocztą – proszę podać adres<sup>5</sup>:</b> <i>do not fill this part if you collect EKUZ in person</i>   |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Imię , nazwisko / Nazwa adresata (podać odpowiednio):  |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <i>first name and surname</i>  |                       |                                   |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Ulica:   |                       | Nr domu:                          | Nr lokalu:     |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <i>street</i>  |                       | <i>house no</i>                   | <i>flat no</i> |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Kod pocztowy:  | Miejscowość / Poczta: | Państwo:                          |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <i>postal code</i>   | <i>city</i>           | <i>country</i>                    |                |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

**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.

*date*

.....  
Data

*signature*

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej, opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej<sup>6</sup>

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

<sup>1</sup> W przypadku braku PESEL podać serię i nr dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia.

<sup>2</sup> Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL.

<sup>3</sup> Należy podać numer telefonu / adres email do kontaktu w przypadku, gdy wniosek składany jest za pośrednictwem poczty lub faksem.

<sup>4</sup> Zaznacza osoba nieubezpieczona, która posiada prawo do świadczeń na podstawie przepisów krajowych – patrz „**dodatkowe informacje**” ad. 2).

<sup>5</sup> EKUZ może być wysłana na wskazany adres tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.

<sup>6</sup> 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.