

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym państwie UE/EFTA

Wniosek wypełnij osobno dla każdej osoby.

1. Dane osoby, której ma być wydana EKUZ

PESEL

Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Imię (imiona)

Nazwisko

Telefon/E-mail¹

2. Status osoby, której ma być wydana EKUZ

osoba ubezpieczona

osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²:

członek rodziny osoby ubezpieczonej

3. Adres do doręczeń – podaj, jeśli składasz wniosek pocztą tradycyjną lub elektronicznie³

Imię / nazwisko lub nazwa firmy

Ulica

Nr domu Numer lokalu Kod pocztowy

Miejscowość / poczta Państwo

4. Oświadczenia

Podstawa prawna art. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się EKUZ w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń.
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ⁴ informacje lub dokumenty konieczne do ustalenia mojej sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego lub sytuacji zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

5. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

6. Potwierdzenie odbioru osobistego

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

¹ Nieobowiązkowe dla wniosków składanych osobiście, gdy EKUZ odbierana jest w dniu złożenia wniosku.

² Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) zamieszczone z drugiej strony wniosku.

³ W przypadku złożenia wniosku pocztą tradycyjną, elektronicznie (np. za pośrednictwem ePUAP lub IKP) możliwe jest wyłącznie odesłanie EKUZ na adres wskazany w punkcie 3.

⁴ Właściwy oddział wojewódzki NFZ – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu podlegasz ze względu na miejsce zamieszkania i który będzie prowadzić postępowanie wyjaśniające dotyczące ustalenia Twojego prawa do świadczeń zdrowotnych.