

EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – WZÓR 1



EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – WZÓR 2



Pole 1 Rodzaj dokumentu – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

Pole 1a Miejsce na podpis uprawnionego

Pole 2 Symbol (kod) kraju instytucji właściwej

Pole 3 Nazwisko uprawnionego

Pole 4 Imię uprawnionego

Pole 5 Data urodzenia uprawnionego

Pole 6 Numer identyfikacyjny osoby uprawnionej - nr ewidencyjny w UE/EFTA

Pole 7 Kod instytucji właściwej (ubezpieczyciela)


Pole 8 Numer identyfikacyjny EKUZ

Pole 9 Data wygaśnięcia ważności karty (data ważności do...)

PROWIZORYCZNY CERTYFIKAT ZASTĘPCZY EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - WZÓR

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

<i>Bezeichnung des Vordrucks</i>	<i>Ausgabemitgliedstaat</i>
E- <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text" value="2. AT"/>
<i>Angaben zum Karteninhaber</i>	
3. Name: <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text" value="SMITH"/>	
4. Vornamen: <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text" value="JOHANN"/>	
5. Geburtsdatum: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="17"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="03"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text" value="1955"/>	
6. Persönliche Kennnummer: <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text" value="123 000 5678"/>	
<i>Angaben zum zuständigen Träger</i>	
7. Kennnummer des Trägers: <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text" value="1100 - WGKK"/>	
<i>Angaben zur Karte</i>	
8. Kennnummer der Karte: <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text" value="XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"/>	
9. Ablaufdatum: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="XX"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="XX"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text" value="XXXX"/>	
<i>Gültigkeitsdauer der Bescheinigung</i>	<i>Ausgabedatum der Bescheinigung</i>
a) vom: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="01"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="12"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text" value="2005"/>	c) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="14"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="12"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text" value="2005"/>
b) bis: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="31"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="12"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text" value="2005"/>	d) <i>Stempel des Trägers und Unterschrift</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">  <p style="font-size: small; margin: 0;"> Wiener Gebietskrankenkasse Wien Fax: 01 06654-610 Wienerbergstraße 15 - 19, 1103 Wien Österreich </p> </div>	
<i>Hinweise und Informationen:</i>	
<p>Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.</p>	

- Ad.2. Symbol (kod) kraju instytucji właściwej
 - Ad.3. Nazwisko uprawnionego
 - Ad.4. Imię uprawnionego
 - Ad.5. Data urodzenia uprawnionego
 - Ad.6. Numer identyfikacyjny osoby uprawnionej – nr ewidencyjny w UE/EFTA
 - Ad.7. Kod instytucji właściwej (ubezpieczyciela)
 - Ad.8. Numer identyfikacyjny EKUZ
 - Ad.9. Data wygaśnięcia ważności EKUZ (data ważności do...)
 - Ad.a) Okres ważności Certyfikatu (od...)
 - Ad.b) Okres ważności Certyfikatu (do...)
 - Ad.c) Data wydania Certyfikatu
 - Ad.d) Podpis i pieczęć instytucji właściwej (ubezpieczyciela)
- } nie zawsze występują

POŚWIADCZENIE FORMULARZA E 106 - WZÓR

Pieczęćka instytucji Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Wojewódzki W KRAKOWIE	
POŚWIADCZENIE nr 06/106/08/00111 potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	
Imiona TOMASZ	Nazwisko (a) NOWAK
Data urodzenia <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> 12 dzień 12 miesiąc 1970 Rok </div>	
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych 70121211111	
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu 6207621310	
Adres miejsca zamieszkania	
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <div style="display: flex; justify-content: space-between; text-align: center;"> KRAKÓW miejscowość 35-050 kod pocztowy REKAWKA ulica 780 nr domu 5 nr lokalu </div>	
Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotne REVIRNI BRATRSKA POKLADNA, ZDRAVOTNI POJISTOVNA MICHALKOVIČKA 108 71015 SLEZSKA OSTRAVA CZECHY	
Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji PEŁEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od dnia 01.07.2005 do 31.12.2005 - okres ważności dokumentu	
data wystawienia dokumentu 28.11.2005 <small>data</small> <small>stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument</small>

Ad.1. Rodzaj dokumentu upoważniającego

Ad.2. Numer formularza , gdzie:

- pierwsze dwie cyfry (06) stanowią kod Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który wydał dokument;
- kolejne trzy cyfry (106) to rodzaj formularza typu E, na podstawie którego wydano Poświadczenie (w tym wypadku E106);
- kolejne dwie cyfry (08) to rok, w którym dokument został zarejestrowany (w tym wypadku 2008 r.);
- pozostałe cyfry są identyfikatorem dokumentu w systemie OW NFZ.

FORMULARZ E112 – WZÓR W JĘZYKU OBCYM

VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER

E 112

(1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer i; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22 Buchstabe a; Artikel 31
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 31 Absätze 1 und 3

Der zuständige Träger oder der Träger des Wohnorts des Versicherten, des Rentners oder des Familienangehörigen stellt dem Versicherten, dem Rentner oder dem Familienangehörigen diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder der Rentner ins Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenservice), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1.	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Versicherten
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Selbständigen
	<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
	<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)
1.1	Name(n) ^(*) :	
1.2	Vorname(n) ^(*) :	Geburtsdatum:
1.3	Frühere Namen:	
1.4	Anschrift im zuständigen Land:	
1.5	Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt:	
1.6	Persönliche Kenn-Nr. ^(*) :	
2.	Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen	
	<input type="checkbox"/> bei Krankheit und Mutterschaft	<input type="checkbox"/> bei außerberuflichem Unfall ^(*)
	in (Staat) weiterzubeziehen,	
2.1	<input type="checkbox"/> wohin sie umzieht,	
2.2	<input type="checkbox"/> wohin sie sich zur Behandlung bei ^(*)	
	oder bei jeder ähnlich gearteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt	
2.3	<input type="checkbox"/> wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.	
3.	Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen vom bis einschließlich erbracht werden.	
4.	Ein Bericht unseres Vertrauensarztes	
4.1	<input type="checkbox"/> ist in verschlossenem Umschlag beigelegt.	
4.2	<input type="checkbox"/> wurde am an ^(*) gesandt.	
4.3	<input type="checkbox"/> kann bei uns angefordert werden.	
4.4	<input type="checkbox"/> wurde nicht erstellt.	
5.	Zuständiger Träger	
5.1	Bezeichnung:	
5.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
5.3	Anschrift:	
5.4	Stempel	5.5 Datum:
		5.6 Unterschrift:

FORMULARZ E112 – WZÓR W JĘZYKU POLSKIM

KOMISJA ADMINISTRACYJNA
DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
PRACOWNIKÓW MIGRUJĄCYCH

E 112

(¹)

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA PRAWA DO AKTUALNIE PRZYŚLUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAZIE CHOROBY LUB MACIERZYŃSTWA

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 22 ust. 1 lit. b) ppkt i); art. 22 ust. 1 lit. c) ppkt i); art. 22 ust. 3; art. 22 lit. a); art. 31
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 22 ust. 1 i 3; art. 23; art. 31. ust. 1 i 3

Institucja właściwa lub instytucja miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej, emeryta/rendisty lub członka rodziny powinna wystawić formularz dla osoby ubezpieczonej, emeryta/rendisty lub członka rodziny. Jeżeli osoba ubezpieczona lub emeryt/rendista udaje się do Zjednoczonego Królestwa, jeden egzemplarz formularza należy wysłać również do „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre” (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wy kropkowanych.

Formularz składa się z 2 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

1.	<input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> emeryt/rencista (pracownik najemny) <input type="checkbox"/> emeryt/rencista (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)	<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby prowadzącej działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rendisty (pracownik najemny) <input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rendisty (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)
1.1	Nazwisko(-a) ⁽²⁾ :	
1.2	Imię (imiona) ⁽²⁾ :	Data urodzenia:
1.3	Poprzednie imiona i nazwiska:	
1.4	Adres państwie właściwym:	
1.5	Adres w państwie, do którego udaje się osoba ubezpieczona:	
1.6	Osobisty numer identyfikacyjny ^(*) :	
2.	Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do zachowania prawa do świadczeń rzeczowych	
	<input type="checkbox"/> w razie choroby lub macierzyństwa <input type="checkbox"/> z tytułu ubezpieczenia od wypadków niebędących wypadkami przy pracy ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> z tytułu ubezpieczenia od wypadków niebędących wypadkami przy pracy ⁽²⁾
	w (państwo), do którego się udaje	
2.1	<input type="checkbox"/> w celu zamieszkania	
2.2	<input type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia w ⁽²⁾	
	lub w innym zakładzie o podobnym charakterze, w przypadku niezbędnego ze względów medycznych przeniesienia w związku z tym leczeniem.	
2.3	<input type="checkbox"/> w celu przesłania próbek biologicznych do analizy, bez potrzeby obecności zainteresowanej osoby.	
3.	Świadczenia te można uzyskać, na podstawie niniejszego zaświadczenia, od dnia do dnia włącznie.	
4.	Orzeczenie naszego lekarza przeprowadzającego badanie	
4.1	<input type="checkbox"/> jest dołączone do niniejszego formularza w zapieczętowanej kopercie	
4.2	<input type="checkbox"/> zostało wysłane w dniu do ⁽²⁾	
4.3	<input type="checkbox"/> zostanie przez nas wysłane na życzenie	
4.4	<input type="checkbox"/> nie zostało wystawione	
5.	Instytucja właściwa	
5.1	Nazwa instytucji:	
5.2	Numer identyfikacyjny instytucji:	
5.3	Adres:	
5.4	Pieczęć	5.5 Data:
		5.6 Podpis:

FORMULARZ S2 - WZÓR

Coordination of Social
Security Systems

S2



Prawo do planowanego leczenia Entitlement to scheduled treatment

EU Regulations 883/04 and 987/09 (*)

INFORMATION FOR THE HOLDER

This is your certificate of entitlement to certain medical treatment abroad. If you present it to the health care institution in the State where the treatment will be provided, you will receive medical treatment under the same conditions as persons insured in that State.

You may be entitled to a supplementary reimbursement according to national reimbursement rates.

Your health care institution will advise you on this. For a list of health care institutions, see

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. PERSONAL DETAILS OF THE HOLDER DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1	Personal Identification Number in the competent Member State	→ numer identyfikacyjny osoby uprawnionej - nr ewidencyjny w UE/EFTA
1.2	Surname	nazwisko
1.3	Forenames	imię/imiona
1.4	Surname at birth (**)	nazwisko rodowe
1.5	Date of birth	data urodzenia
1.6	Current address	aktualny adres
1.6.1	Street, N°	ulica, numer
1.6.2	Town	miasto
1.6.3	Post code	kod pocztowy
1.6.4	Country code	symbol (kod) kraju

2. KIND AND LOCATION OF TREATMENT RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

2.1	Treatment	rodzaj leczenia
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
2.2	Location of the treatment	miejsce leczenia
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
2.3	Expected period of treatment	przewidywany okres leczenia
2.3.1	Start date	data rozpoczęcia leczenia
2.3.2	End date	data końca leczenia

(*) Regulations (EC) No 883/2004, articles 20, 27 and 36, and 987/2009, article 26 and 33.

(**) Information given to the institution by the holder when this is not known by the institution.

S2



Prawo do planowanego leczenia
Entitlement to scheduled treatment

3. INSTITUTION COMPLETING THE FORM

INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Name	nazwa instytucji		
3.2 Street, N°	ulica, numer		
3.3 Town	miasto		
3.4 Post code	kod pocztowy	3.5 Country code	symbol (kod) kraju
3.6 Institution ID	kod instytucji		
3.7 Office fax N°	numer faksu		
3.8 Office phone N°	numer telefonu		
3.9 E-mail	adres e-mail		
3.10 Date	data wystawienia formularza		
3.11 Signature	podpis		

STAMP

PIECZĘĆ INSTYTUCJI WŁAŚCIWEJ