**Wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego**

**Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)**

Wypełnij wniosek, jeśli potrzebujesz potwierdzić prawo do leczenie za okres wsteczny.

**1**. **Dane osoby, która otrzyma Certyfikat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  osoba ubezpieczona1 |  osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń2 |
|  członek rodziny osoby ubezpieczonej |  |

**3**. **Cel pobytu osoby, która otrzyma Certyfikat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  turystyczny |  studia / nauka |  |
|  zarobkowy |  uzyskanie leczenia |  inny (np. zmiana miejsca zamieszkania) .......................................... |

**4**. **Państwo pobytu, w którym udzielono świadczeń i okres świadczeń**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj UE/EFTA** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres udzielenia świadczenia** | **OD** |  |  |  |  |  |  |  |  | **DO** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5**. **Sposób odbioru Certyfikatu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  faksem |  |  e-mailem |  |  |  pocztą |  osobiście |

**6**. **Adres, na który ma być przesłany Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ**

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

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

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

**7**. **Dodatkowe informacje**

|  |
| --- |
|  |

**8. Oświadczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Podstawa prawna art. 233 ustawy z dnia 6.06.1997 r. Kodeks karnyPodstawa 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

**DODATKOWE INFORMACJE**

1 Osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, np. pracownik, emeryt, osoba bezrobotna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, rolnik itd.

2 Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) na dole strony.

**Wniosek przeznaczony jest dla osób uprawnionych do leczenia w NFZ**, które w trakcie pobytu w jednym
z państw UE/EFTA skorzystały z leczenia bez EKUZ.

Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZpotwierdza Twoje prawo do leczenia w trakcie pobytu w innym niż Twoje państwie UE lub EFTA.

Na jego 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 i kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

**Wystawiany jest wyłącznie na okres wsteczny, czyli na okres udzielonych świadczeń.**

**Wymagane dokumenty**

* Zgłoszono Cię do ubezpieczenia jako członka rodziny (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” /„wnuk”) i masz ukończone 18 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta” → „Leczenie poza granicami kraju” → „Leczenie w krajach UE i EFTA” → „Nauka w państwach UE/EFTA](https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/nauka-w-panstwach-czlonkowskich-ueefta/)”).
* Masz przyznaną rentę rodzinną (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” / „wnuk”) i ukończone 16 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, czyli aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły dotyczące dokumentów są dostępne na naszej stronie).
* Jesteś osobą nieubezpieczoną, ale masz prawo do świadczeń? Załącz odpowiedni dokument potwierdzający przysługujące Ci uprawnienie oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu w Polsce – jeśli Twoje uprawnienie do świadczeń zależy od zamieszkiwania w Polsce.
* Jesteś absolwentem lub absolwentką? Załącz informację z potwierdzeniem zakończenia nauki.
* Wyjeżdżasz w celu zarobkowym? Załącz – odpowiednio – zaświadczenie A1 (wystawione przez ZUS lub KRUS), dokument U2 (wystawiony przez urząd pracy).
* Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby.

**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/)”.

**Weryfikacja prawa do EKUZ**

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, aby potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, wniosek zostanie przekazany do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

**Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń**

Prawo do świadczeń przysługuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)*,* jeśli

* 1. nie masz ubezpieczenia, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza – **wpisz 1**,
	2. nie masz 18 lat i nie masz ubezpieczenia, ale masz obywatelstwo polskie – **wpisz 2**,
	3. nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy – **wpisz 3**,
	4. jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub połogu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
	5. jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub połogu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
	6. przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
	7. przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadgimnazjalnej lub szkoły wyższej – **wpisz 7**,
	8. przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – **wpisz 8**,
	9. złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – **wpisz 9**,
	10. inne niż ww. jeśli posiadasz prawo do świadczeń – **wpisz 10**.

**Jesteś osobą wskazaną w pkt 2–5? Certyfikat wydamy Ci tylko wtedy, gdy:**

* nie możesz zostać zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione do tego osoby, które są ubezpieczone w NFZ,
* nie masz ubezpieczenia za granicą.