**LogoNFZ_corel9WNIOSEK**

**o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) *ze względu na uzyskanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych w okresie poprzedzającym złożenie wniosku***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane osoby, której ma być wydany certyfikat:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1 PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | **1.2** **Data urodzenia**: | | | **1.3** **Imię (imiona**): | | | | | | | |
| **1.4 Nazwisko:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5 Adres zamieszkania** | | | | **1.5.1** Ulica: | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.2** Nr domu: | | **1.5.3** Nr lokalu: | | | | | **1.5.4** Kod pocztowy: | | | | | **1.5.5** Miejscowość / Poczta: | | | | | | |
| **1.5.6** Gmina: | | | | | **1.5.7** Państwo: | | | | | | | | | **1.6 Telefon kontaktowy** (pole nieobowiązkowe): | | | | |
| **2. Status ubezpieczenia w Polsce w okresie ważności wnioskowanego Certyfikatu**\***:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba ubezpieczona1 | | | członek rodziny osoby ubezpieczonej | | | | | | | | | | osoba nieubezpieczona posiadająca prawo do świadczeń2 | | | | | |
| **3. Cel pobytu w państwie, w którym udzielone zostały świadczenia**\***:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| turystyczny | zarobkowy3 | | | | | studia / nauka | | | uzyskanie leczenia | | | | | | | □ inny (np. zmiana miejsca zamieszkania) .......................................... | | |
| **4. Państwo UE/EFTA, w którym udzielono świadczeń**: | | | | | | | | | | | | | | | **………………………………………………..** | | | |
| **5. Okres, na który Certyfikat ma zostać wydany** (tożsamy z okresem udzielonych świadczeń): | | | | | | | | | | | | | | | | | **5.1** Od: | **5.2** Do: |
| **6. Sposób odbioru Certyfikatu**\***:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| proszę przesłać faksem na nr:  ………………………………………………… | | | | | | odesłać mailem:  ………………………………………. | | | | osobiście4 | | | | | | proszę przesłać pocztą na wskazany adres5: …………………………………………………  ……………………..……………………… | | |
| **7. Dodatkowe informacje:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*\* Zaznaczyć właściwe*

***Oświadczam, że:***

* *jestem świadomy odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się Certyfikatem tymczasowo zastępującym 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 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)*
* *jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego.*
* *wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*
* *w okresie na jaki ma zostać wystawiony Certyfikat nie jestem / nie byłem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA.*

***Wyrażam zgodę na przesłanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ za pośrednictwem faksu lub maila (w przypadku wyboru takiej opcji).***

*………………………..*

*Czytelny podpis i data*

***Odebrałem ……………..*** *(czytelny podpis)* ***dnia*** *……...... – wypełnić wyłącznie przypadku osobistego odbioru w OW NFZ*

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

*2 Osoba, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)*

*3 W przypadku, gdy cel wyjazdu miał charakter zarobkowy, wnioskodawca musi mieć potwierdzoną właściwość polskiego ustawodawstwa przez ZUS na druku A1 (E101)*

*4 W przypadku, gdy wniosek składa osoba upoważniona, niezbędne jest załączenie upoważnienia.*

*5 Certyfikat może zostać wysłany na adres zamieszkania lub pobytu wyłącznie w przypadku, gdy wniosek został podpisany czytelnym podpisem i zawiera wszelkie dane pozwalające na identyfikację wnioskodawcy. W pozostałych przypadkach możliwy jest wyłącznie odbiór osobisty.*