**WNIOSEK**

**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.*