

Wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

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

1. Dane osoby, której ma być wydany Certyfikat

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

Imię (imiona)

Nazwisko

2. Status osoby, której ma być wydany Certyfikat

osoba ubezpieczona¹

osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²

członek rodziny osoby ubezpieczonej

3. Cel pobytu osoby, której ma być wydany 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. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się Certyfikatem tymczasowo zastępującym 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 NFZ³ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

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) zamieszczone z dołu strony.

³ 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.

DODATKOWE INFORMACJE

Wniosek przeznaczony jest dla osób uprawnionych do leczenia finansowanego ze środków publicznych, które w trakcie pobytu w jednym z państw UE/EFTA skorzystały z leczenia bez EKUZ.

Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ potwierdza 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”](#)).
- 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”](#).

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 podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, 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 podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, 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 położu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub położu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
- 6) przysługuje Ci 30 dni prawa do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej 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) masz prawo do świadczeń z innego tytułu niż wymienione w pkt 1–9 – **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 podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju UE/EFTA.