

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z wykonywaniem pracy w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA*
Application for the European Health Insurance Card (EHIC) related with work in other than Poland EU / EFTA Member State *

1. Dane wnioskodawcy:			
1.1 PESEL ¹ : PESEL no. If you don't have PESEL no. – indicate a series and no. of your ID card (passport)			1.2 Data urodzenia ² : Date of birth – indicate only in case of lack of PESEL no.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3 Imię: Name		1.4 Nazwisko: Surname	
1.5 Nr telefonu kontaktowego / adres e-mail ³ : Phone no. / e-mail address			
2. Status wnioskodawcy - zaznaczyć właściwe: Status of the applicant – tick the appropriate			
<input checked="" type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona Insured person <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej			
3. Cel wyjazdu – zaznaczyć właściwe: Purpose of the trip – tick the appropriate			
<input checked="" type="checkbox"/> 3.1 Wyjazd w związku z wykonywaniem pracy – na podstawie A1 / Trip due to work - based on A1- CAUTION: A1 must be enclosed to the application form <input type="checkbox"/> 3.2 Wyjazd w związku z poszukiwaniem pracy – na podstawie U2 (osoby bezrobotne) / Trip due to job search - based on U2 (unemployed persons) <input type="checkbox"/> 3.3 Praca w charakterze pracownika dyplomatycznego lub konsularnego / Work as a diplomatic or consular officer			
4. Sposób odbioru EKUZ – zaznaczyć właściwe: Way of collecting EHIC			
<input type="checkbox"/> Osobiście / personally <input type="checkbox"/> za pośrednictwem osoby upoważnionej ⁴ / by an authorized person – authorization document must be enclosed		w / in: (podać odpowiednio: oddział wojewódzki NFZ, delegaturę lub punkt wydający karty, w którym EKUZ będzie odebrana) (indicate the appropriate: regional branch of NFZ – National Health Fund, delegature or EHIC issuing point where the card will be collected)	
<input type="checkbox"/> Przesłać pocztą na adres ⁵ : Please send by post to the following address			
Ulica: Street		Nr domu: House no.	Nr lokalu: Flat no.
Kod pocztowy: Post code	Miejscowość / Poczta: City	Państwo: Country	

Proszę o załączenie informacji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej w państwie UE/EFTA mojego pobytu:
⁶ Please include information on health system of the EU / EFTA country of my stay - Enter the name of the Member State or the abbreviation AT, BE, BG, HR, CY, CZ, DK, EE, FI NO, PT, RO, SK, SI, ES, SE, CH, UK.

- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 kodeksu karnego. **I declare that all data**

¹ W przypadku braku PESEL podać serię i nr dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia.

² Podać wyłącznie w przypadku braku PESEL.

³ Należy podać numer telefonu / adres email do kontaktu w przypadku, gdy wniosek składany jest za pośrednictwem poczty lub faksem.

⁴ Należy załączyć upoważnienie lub inny równoważny dokument uprawniający do uzyskania karty w imieniu innej osoby.

⁵ EKUZ może być wysłana na adres zamieszkania tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.

⁶ Podać nazwę państwa członkowskiego lub odpowiedni skrót AT, BE, BG, HR, CY, CZ, DK, EE, FI, FR, DE, EL, HU, IS, IE, IT, LV, LI, LT, LU, MT, NL, NO, PT, RO, SK, SI, ES, SE, CH, UK.

included in this application are consistent with legal and factual conditions. I have been notified of criminal liability for submitting false testimony as referred in an Art. 233 of the Penal Code.

- *Oświadczam, że znam/zapoznałem się (załącznik nr 1) z zasadami utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się 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.). I declare that I have read / understood (Annex 1) the principles of loss of entitlement to health care benefits and the financial liability arising from an unauthorized use of the EHC as referred to in the art. 50 sec. 16 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds (Journal of Laws of 2016, item 1793, as amended).*
- *Oświadczam, że nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA. I declare that I am not subject to legislation other than Poland of the EU / EFTA Member State.*
- *Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania właściwemu OW NFZ informacji lub dokumentów niezbędnych do ustalenia swojej lub zgłoszonych członków rodziny sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego. I undertake to immediately deliver information or documents necessary for the determination of my or my family members' health insurance situation to the competent regional National Health Fund (NFZ).*

.....
Data / Date

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej lub opiekuna prawnego / legible signature of the applicant

INFORMATION ON LOSS OF RIGHTS FOR HEALTHCARE BENEFITS FOR EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD HOLDERS

In accordance with the provisions on coordination of social security systems (European Parliament and Council Regulation (EC) No. 883/2004 and 987/09), the European Health Insurance Card (EHIC) confirms the right to benefit from basic health benefits that are necessary during temporary stay in other than Poland EU / EFTA member state. Benefits are provided in accordance with the rules as applicable in the country of residence.

The EHIC does not provide a basis for reimbursement of costs related to the so called “own contribution” of the patient, if envisaged by the legislation of the state of residence. This card can only be issued to those who are entitled to healthcare benefits under the legislation of one of the EU / EFTA countries. The right to use the EHIC expires at the moment of the loss of entitlement.

This means that the EHIC may be issued to the persons insured in the National Health Fund (NFZ) and is valid until the date specified in the card. The right to use the card issued by the NFZ expires when the cardholder loses the right to publicly-funded benefits during the validity of the EHIC.

NFZ is entitled to claim reimbursement of costs incurred from persons who use the card despite the loss of entitlement to benefits.

If, after losing the status of insured person in NFZ, the person will not be insured in other EU / EFTA country, the right to health benefits provided by NFZ expires 30 days after the insurance title expires, e.g. 30 days from:

1. the first day of termination of employment contract or if you receive a free leave longer than 30 days,
2. termination or deregistering of business activity,
3. loss of status of the unemployed in Poland,
4. loss of farmer status.

with the expiry of the right to benefits mentioned above.