

Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie, na komputerze lub odręcznie pismem trwałym, zgodnie z opisem pól.

1. DANE OSOBY ZAMIESZKAŁEJ W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA

Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL (jeżeli został nadany)	Dokument potwierdzający tożsamość Seria Numer

1.1 STATUS OSOBY ZAMIESZKAŁEJ W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona /osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce | <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej/ osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce |
| <input type="checkbox"/> Emeryt lub rencista | <input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta lub rencisty |
| <input type="checkbox"/> Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty | |

1.2 ADRES ZAMIESZKANIA W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA

Państwo	Miejscowość	Kod pocztowy		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu	

1.3 Adres do korespondencji (należy wypełnić, jeżeli inny niż w punkcie 1.2)
Dane osoby upoważnionej do odbioru korespondencji:

Państwo	Miejscowość	Kod pocztowy		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu	

2. DANE ZAGRANICZNEJ KASY CHORYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Nazwa	
Państwo	Miejscowość
Adres	

3. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)

- osobiście za pośrednictwem osoby upoważnionej pocztą na adres wskazany w pkt. ...

Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE albo EFTA.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a, o obowiązku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Rady i PE (WE) nr 987/2009 z dn. 16.09.2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, przekazywania Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia mojej sytuacji ubezpieczeniowej.

.....
Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr)

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy

UWAGA! Wnioski, w których nie zostanie wpisana data wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1 Wypełnia się w przypadku odbioru osobistego / / (czytelny podpis osoby upoważnionej)
---	---

WAŻNE INFORMACJE

Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ wydawany jest osobom podlegającym ustawodawstwu polskiemu, które łącznie spełniają następujące warunki:

- podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ albo posiadają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, do 30 dni po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku:
 - osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną – przez 6 m-cy od dnia zakończenia nauki,
 - osób, które ukończyły szkołę wyższą - przez 4 m-ce od dnia zakończenia nauki,
 - osób pobierających zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym – przez okres pobierania tego zasiłku,
 - osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń,
- zamieszkują w innym państwie UE: w Austrii, Belgii, Bułgarii, Chorwacji, na Cyprze, w Czechach, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, na Litwie, w Luksemburgu, na Łotwie, Malcie, w Niemczech, Portugalii, Rumunii, na Słowacji, w Słowenii, Szwecji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech oraz w innym państwie EFTA: w Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii,
- co do których, zgodnie z polskim ustawodawstwem, fakt zamieszkiwania na terenie innego państwa UE/EFTA nie skutkuje utratą prawa do pozostawania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego.

UWAGA!

Osoba zamieszkała w innym państwie UE/EFTA zobowiązana jest do poinformowania płatnika składek albo innego właściwego organu o aktualnym adresie zamieszkania w innym państwie UE/EFTA.

Do wniosku należy załączyć dokument wydany przez płatnika składek potwierdzający zgłoszenie mu zmiany miejsca zamieszkania na adres zagraniczny wskazany we Wniosku zawierający wskazanie właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, m.in. ZUS ZUA, ZUS ZZA, ZUS ZCNA.

Z WNIOSKIEM O WYDANIE DOKUMENTU S1 OSOBIE ZAMIESZKAŁEJ W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA w szczególności wystąpić może:

1. Osoba stale wykonująca pracę najemną lub pracę na własny rachunek w Polsce mieszkająca w innym państwie UE/EFTA w tym pracownik przygraniczny, tzn. osoba wykonująca działalność zawodową w Polsce, które do miejsca zamieszkania w innym państwie UE/EFTA powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu
2. Osoba stale wykonująca pracę najemną lub pracę na własny rachunek jednocześnie w Polsce i w innym państwie UE/EFTA zamieszkała w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonuje działalność zawodową
Dodatkowo do wniosku należy załączyć dokument A1 wydany przez ZUS
3. Osoba wykonująca w państwie UE/EFTA innym niż Polska, w którym mieszka, pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy
Dodatkowo do wniosku należy załączyć dokument A1 wydany przez ZUS
4. Osoba, która posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na pobieranie zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym
5. Osoba pobierająca świadczenia przedemerytalne, tzn. emeryturę pomostową, świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
6. Członek rodziny osoby ubezpieczonej (obowiązkowo lub dobrowolnie – jeżeli mieszka ona w Polsce a jeżeli nie mieszka w Polsce – ubezpieczonej obowiązkowo, podlegającej ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu, oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ), jeżeli został on zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez tę osobę a mieszka w innym państwie UE/EFTA niż państwo zamieszkania osoby ubezpieczonej

UWAGA!

Wniosek wypełnia się oddzielnie dla każdego członka rodziny spełniającego ww. warunki

7. Emeryt lub rencista pobierający polskie świadczenie emerytalne lub rentowe
8. Członek rodziny emeryta lub rencisty pobierającego polskie świadczenie emerytalne lub rentowe
9. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty, która posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na złożenie w polskim organie emerytalno-rentowym wniosku o przyznanie renty albo emerytury

UWAGA!

Dokument S1 nie wystawia się członkom rodziny osób, o których mowa w punkcie 1, 2, 3, 4, 5 i 9, którzy zamieszkują wraz z Wnioskodawcą w tym samym państwie UE/EFTA. W celu zabezpieczenia zamieszkałym w tym samym państwie UE/EFTA członkom rodziny prawa do opieki zdrowotnej dokument S1 należy przedłożyć w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w państwie zamieszkania celem rejestracji. W razie problemów z zarejestrowaniem w instytucji miejsca zamieszkania członka rodziny z tego powodu, że nie posiada on dokumentu S1 wydanego na niego imiennie, należy niezwłocznie skontaktować się z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, który wydał dokument S1 dla osoby ubezpieczonej.

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

Punkt 1	Należy wpisać dane osoby ubezpieczonej albo członka rodziny osoby ubezpieczonej, która zamieszkuje w innym niż Polska państwie UE/EFTA
Punkt 1.1	Należy zaznaczyć właściwe: 1. Osoba ubezpieczona /osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce: - pracownicy i osoby prowadzące działalność na własny rachunek, - inne osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na pobieranie zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym - osoby pobierające świadczenia przedemerytalne - inne osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ zamieszkałe w innym państwie UE/EFTA 2. Członek rodziny osoby ubezpieczonej/osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce: - członek rodziny pracownika najemnego lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, - członek rodziny osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na pobieranie zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym - członek rodziny osoby pobierającej świadczenia przedemerytalne, - członek rodziny innych osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ zamieszkałych w innym państwie UE/EFTA 3. Emeryt lub rencista pobierający emeryturę lub rentę z polskiego organu emerytalno-rentowego 4. Członek rodziny emeryta lub rencisty 5. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty
Punkt 1.2	Należy wpisać aktualny zagraniczny adres zamieszkania Adres ten powinien być zgodny z adresem zamieszkania zgłoszonym przez osobę płatnikowi składek W odniesieniu do osób, które zobowiązane są do przedłożenia dokumentu A1 z ZUS adres ten powinien być również zgodny z adresem zamieszkania wskazanym przez ZUS w dokumencie A1
Punkt 1.3	Należy uzupełnić, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania wskazany w punkcie 1.2; W takim przypadku należy wskazać imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru przesyłki
Punkt 2	Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, tzn. kasy chorych w miejscu zamieszkania, w której zostanie zarejestrowany dokument S1
Punkt 3	Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu. W przypadku wyboru opcji „za pośrednictwem osoby upoważnionej” – przy odbiorze dokumentu S1 osoba upoważniona powinna okazać upoważnienie zawierające serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (zawierającego zdjęcie) osoby upoważnionej oraz podpis osoby zamieszkałej w innym państwie UE/EFTA lub jej przedstawiciela ustawowego