

**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) |                | Data urodzenia (dd / mm / rrrr)<br>..... |
| Dokument potwierdzający tożsamość<br>Seria ..... Numer .....  |  |               | PESEL<br>..... |  |
| 1.1 Adres zamieszkania w innym państwie UE/EFTA   |  |               |                |  |
| Państwo   |  | Miejscowość   |                | Kod pocztowy                             |
| Ulica   |  | Nr domu       | Nr lokalu      | Nr telefonu                              |
| 2. TYTUŁ WNIOSKODAWCY DO DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)  |  |               |                |  |
| 2.1   | <input type="checkbox"/> Osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ zamieszkała w innym państwie UE/EFTA  |               |                |  |
| 2.2   | <input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia przedemerytalne z ZUS zamieszkała w innym państwie UE/EFTA  |               |                |  |
| 2.3   | <input type="checkbox"/> Osoba stale wykonująca działalność zawodową w Polsce i w innym państwie UE/EFTA zamieszkała w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonuje działalność zawodową |               |                |  |
| 2.4   | <input type="checkbox"/> Osoba wykonująca w państwie UE/EFTA innym niż Polska, w którym mieszka, pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy   |               |                |  |
| 3. DANE INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA   |  |               |                |  |
| Nazwa   |  |               |                |  |
| Państwo   |  | Miejscowość   |                | Kod pocztowy                             |
| Ulica   |  |               | Nr domu        | Nr lokalu                                |
| 4. DATA ZMIANY PAŃSTWA ZAMIESZKANIA   |  |               |                |  |
| ...../...../.....   |  |               |                |  |
| 5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)   |  |               |                |  |
| <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> pocztą na adres wskazany w pkt. ... <input type="checkbox"/> za pośrednictwem osoby upoważnionej <input type="checkbox"/> pocztą na adres: .....<br>..... |  |               |                |  |
| 6. WYMAGANE DOKUMENTY (podać liczbę załączników)  |  |               |                |  |
| .....   |  |               |                |  |
| 7. POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1  |  |               |                |  |
| ..... / ..... / .....   |  |               |                | (dd/mm/rrrr)                             |
| ..... (czytelny podpis osoby upoważnionej)  |  |               |                |  |

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

W przypadku konieczności ustalenia właściwego ustawodawstwa zwracam się z wnioskiem o wydanie decyzji w tej sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Oświadczam, iż 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, w tym udzielenia odpowiedzi na ankiety cyklicznie przesyłane przez Oddział.

Jestem świadomy/ -a, że nieprzekazanie informacji albo nieudzielenie odpowiedzi na ankietę skutkować będzie utratą prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie ..... na podstawie wydanego mi dokumentu S1, , przeze mnie i zamieszkałych wraz ze mną członków rodziny.

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

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

## WAŻNE INFORMACJE

**Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ** wydawany jest, m.in. osobom podlegającym ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu, oraz podlegającym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ, które zamieszkują w innym państwie **UE**: w Austrii, Belgii, Bułgarii, 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 Szwecji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech oraz w innym państwie **EFTA**: w Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii.

**Wniosek** przeznaczony jest do ubiegania się o **dokument S1** przez osoby, które podlegają w Polsce systemowi zabezpieczenia społecznego i obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a mieszkają w innym państwie UE/EFTA, w tym szczególnie.

- przez pracowników przygranicznych,
- przez osoby stale wykonujące działalność zawodową w Polsce i w innym państwie UE/EFTA zamieszkałe w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonują działalność zawodową,
- przez osoby wykonujące w państwie UE/EFTA innym niż Polska, w którym mieszkają, pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy,
- przez osoby pobierające świadczenia przedemerytalne,

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! Dokumentu S1 nie wystawia się członkom rodziny, którzy zamieszkują wraz z Wnioskodawcą w tym samym państwie UE/EFTA.** W celu zabezpieczenia zamieszkałym w tym samym państwie UE/EFTA członkom rodziny osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 dokument ten należy przedłożyć w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w państwie zamieszkania celem zarejestrowania w tej instytucji osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 oraz zamieszkałych w tym samym państwie członków jej rodziny.

| <b>INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU</b> |   |
|---------------------------------------|---|
| Punkt 1                               | Należy wpisać dane osoby ubezpieczonej posiadającej własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ na rzecz której ma być wydany dokument S1   |
| Punkt 1.1                             | Należy wpisać adres zamieszkania w innym niż Polska państwie UE/EFTA<br>Adres ten powinien być zgodny z adresem zamieszkania zgłoszonym przez osobę ubezpieczoną do ZUS na druku ZUS ZUA „Zgłoszenie do ubezpieczeń / Zgłoszenie zmiany danych”   |
| Punkt 2                               | Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat zgodnie z poniższym opisem:   |
| Punkt 2.1                             | dotyczy każdej osoby, która podlega w Polsce ubezpieczeniom społecznym w ZUS i obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a zamieszkuje w innym państwie UE/EFTA i nie jest wymieniona w punktach 2.2 do 2.6 Wniosku   |
| Punkt 2.2                             | dotyczy każdej osoby, która pobiera świadczenia przedemerytalne a zamieszkuje na terytorium innego państwa UE/EFTA, zgodnie z ustawodawstwem którego nie posiada prawa do świadczeń zdrowotnych   |
| Punkt 2.3                             | dotyczy każdej osoby, która stale wykonuje działalność zawodową w Polsce (państwo A) i jednocześnie w innym państwie UE/EFTA (państwo B) zamieszkałej w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonuje działalność zawodową (państwo C), <b>o ile otrzymała z ZUS dokument A1 na okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy</b> ; dotyczy osób dokument A1 z ZUS, w którym został zaznaczony punktu 3.2, 3.4 albo 3.8, <b>o ile nie zamieszkują w Polsce</b>   |
| Punkt 2.4                             | dotyczy każdej osoby, która wykonuje w państwie UE/EFTA (państwo A) innym niż Polska (państwo B), w którym mieszka (państwo A), pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy, <b>o ile otrzymała z ZUS dokument A1 na okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy</b>  |
| Punkt 3                               | Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania, w której zostanie zarejestrowany dokument S1   |
| Punkt 4                               | Należy wskazać datę, od której osoba ubezpieczona zamieszkuje w innym niż Polska państwie UE/EFTA   |
| Punkt 5                               | Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu.<br>W przypadku wyboru opcji:<br><input type="checkbox"/> pocztą na adres - należy wpisać adres, na który powinien zostać przesłany dokument S1<br><input type="checkbox"/> 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 |
| Punkt 6                               | Należy wpisać liczbę załączników do Wniosku. Dokumenty, jakie należy przedłożyć wraz z Wnioskiem o wydanie dokumentu S1:  |
| Osoby - pkt. 2.1                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dokument potwierdzający bieżące opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne</li> <li>➤ dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych</li> </ul>  |
| Osoby - pkt. 2.2                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ aktualne zaświadczenie o pobieraniu świadczenia przedemerytalnego</li> <li>➤ dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych</li> </ul>   |
| Osoby – pkt. 2.3 - 2.4                | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dokument A1 z ZUS wydany na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy</li> <li>➤ dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych</li> </ul>   |
| Punkt 7                               | Jest wypełniany przy odbiorze dokumentu S1 przez osobę do tego upoważnioną  |

### UWAGA!

Osoby zamieszkałe w innym państwie UE/EFTA zobowiązane są do dokonania odpowiednich zmian danych osobowych, w tym zgłoszenia obecnego adresu zamieszkania w innym państwie UE/EFTA poprzez złożenie druku ZUS ZUA za pośrednictwem płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne albo osobiście we właściwym Oddziale ZUS.

W odniesieniu do osób, które zaznaczyły jeden z punktów od 2.3 do 2.6 Wniosku, adres zamieszkania wskazany w dokumencie potwierdzającym dokonanie zmiany danych adresowych powinien być identyczny z adresem wskazanym przez ZUS w dokumencie A1.

### UWAGA!

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