



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTU S1
CZŁONKOWI RODZINY ZAMIESZKAŁEMU
W PAŃSTWIE UE/EFTA INNYM NIŻ PAŃSTWO
ZAMIESZKANIA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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 CZŁONKA RODZINY ZAMIESZKAŁEGO W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA				
Nazwisko		Imię (imiona)		Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
Dokument potwierdzający tożsamość Seria Numer			PESEL	
1.1 Adres zamieszkania w innym państwie UE/EFTA:				
Państwo		Miejscowość		Kod pocztowy
Ulica		Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu
2. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ W NFZ				
Nazwisko		Imię (imiona)		Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
Dokument potwierdzający tożsamość Seria Numer			PESEL	
2.1 Adres zamieszkania:				
Państwo		Miejscowość		Kod pocztowy
Ulica		Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu
3. DANE INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY				
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:				
6. LICZBA ZAŁĄCZNIKÓW				
7. POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1 / / (dd/mm/rrrr) (podpis osoby upoważnionej)				

Oświadczam, że nie podlegam/członek rodziny nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE albo EFTA. 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 sytuacji ubezpieczeniowej członka mojej rodziny, w tym udzielenia odpowiedzi na ankiety cyklicznie przesyłane przez Oddział.
Jestem świadomy/-a, że nieprzekazanie informacji albo nieudzielenie odpowiedzi na ankietę skutkować będzie utratą przez członka rodziny prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie na podstawie wydanego mu dokumentu S1.

.....
Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr).....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU:

Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ wydawany jest, m.in. członkom rodziny osoby podlegającej ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez tę osobę oraz którzy zamieszkują w innym państwie UE/EFTA (w Austrii, Belgii, Bułgarii, na Cyprze, w Czechach, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Lichtensteinie, na Litwie, w Luksemburgu, na Łotwie, Malcie, w Niemczech, Norwegii, Portugalii, Rumunii, na Słowacji, w Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech) niż państwo zamieszkania osoby ubezpieczonej.

Wniosek przeznaczony jest do ubiegania się o **dokument S1** przez członków rodziny osoby, która podlega w Polsce ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ, a mieszka w Polsce (w przypadku osób podlegających obowiązkowemu albo dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ) albo mieszka w innym państwie UE/EFTA (dotyczy wyłącznie osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ), z zastrzeżeniem że państwo zamieszkania osoby ubezpieczonej jest inne niż państwo zamieszkania członka rodziny.

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

Na podstawie Wniosku o wydanie dokumentu S1 członkowi rodziny zamieszkałemu w innym państwie UE/EFTA niż państwo zamieszkania osoby ubezpieczonej **nie mogą ubiegać się** członkowie rodziny emeryta lub rencisty podlegającego ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu. Dla osób tych właściwym Wnioskiem jest **Wniosek o wydanie dokumentu S1 emerytowi, renciście lub członkowi rodziny emeryta/rencisty zamieszkałemu w innym państwie UE/EFTA.**

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU	
Punkty 1	Należy wpisać dane członka rodziny osoby ubezpieczonej zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
Punkt 1.1	Należy wpisać adres zamieszkania członka rodziny w jednym z państw UE/EFTA innym niż Polska oraz innym niż państwo zamieszkania osoby ubezpieczonej, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
Punkt 2	Należy wpisać dane osoby ubezpieczonej posiadającej własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
Punkt 2.1	Należy wpisać adres zamieszkania osoby ubezpieczonej posiadającej własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
Punkt 3	Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania członka rodziny, którego dane zostały wpisane w punkcie 1 Wniosku, w której zostanie zarejestrowany dokument S1
Punkt 4	Należy wskazać datę, od której członek rodziny osoby ubezpieczonej zamieszkuje w innym niż Polska państwie UE/EFTA
Punkt 5	Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu. W przypadku wyboru opcji: <input type="checkbox"/> pocztą na adres - należy wpisać adres, na który powinien zostać przesłany dokument S1 <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, to: ➤ dokument potwierdzający bieżące opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne w NFZ przez osobę ubezpieczoną, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ ➤ dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ➤ w przypadku, gdy członkiem rodziny jest osoba (dziecko, wnuk), która ukończyła 18 lat – dokument potwierdzający kontynuowanie nauki lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo inne traktowane na równi ➤ dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych członka rodziny,
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 ZCNA/ZCZA za pośrednictwem płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne w NFZ albo osobiście we właściwym Oddziale ZUS.

UWAGA!

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