

Wniosek dotyczy emeryta / rencisty członka rodziny emeryta / rencisty

1. DANE EMERYTA / RENCISTY					
Nazwisko		Imię (imiona)		Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
Dokument potwierdzający tożsamość		PESEL			
Seria		Numer			
1.1 Adres zamieszkania w państwie UE/EFTA:					
Państwo		Miejscowość		Gmina	
Kod pocztowy		Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu
1.2 Polski organ wypłacający emeryturę/rentę (pełna nazwa i adres)					
Nazwa					
Adres					
Nr i symbol emerytury / renty					
1.3 Instytucje innych niż Polska państw UE/EFTA wypłacających emeryturę / rentę					
Państwo	Nazwa instytucji		Nr świadczenia	Okres działalności zawodowej w tym państwie	
.....	.....		.....	od do.....	
.....	.....		.....	od do.....	
1.4 Inne tytuły do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce lub innym państwie UE/EFTA					
Państwo		Tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego		Data powstania tytułu	
1. ....		.....		Od do nadal	
2. ....		.....		Od do nadal	
1.5 Data zmiany państwa zamieszkania/...../..... (dd/mm/rrrr)					
2. DANE CZŁONKÓW RODZINY EMERYTA/RENCISTY UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOKUMENT S1					
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Państwo zamieszkania	PESEL	Seria i nr dokumentu tożsamości
.....
2.1 Adres zamieszkania członków rodziny emeryta/rencisty w państwie UE/EFTA:					
.....					
.....					
2.2 Data zmiany państwa zamieszkania/...../..... (dd/mm/rrrr)					
3. DANE INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA					
Nazwa					
Państwo		Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu	
4. 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:		
5. LICZBA ZAŁĄCZNIKÓW					
6. POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1/...../..... (dd/mm/rrrr)					
..... (czytelny podpis osoby upoważnionej)					

Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr)

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy

WYMAGANE OŚWIADCZENIA

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

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 sytuacji ubezpieczeniowej mojej lub członków 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 prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie na podstawie wydanego mi dokumentu S1, przeze mnie lub członków mojej rodziny.

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

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

INFORMACJE DLA EMERYTA, RENCISTY, CZŁONKA RODZINY EMERYTA LUB RENCISTY:

Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ wydawany jest, m.in. emerytom i rencistom podlegającym ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu, oraz podlegającym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ, a także członkom rodziny emeryta lub rencisty o ile osoby te 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 Słowenii, Szwecji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech oraz w państwach **EFTA**: w Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i w Szwajcarii.

Wniosek wypełnia się **oddzielnie** dla każdego emeryta, rencisty, członka rodziny emeryta albo rencisty.

Wniosek przeznaczony jest do ubiegania się o **dokument S1** przez zamieszkałych w innym państwie UE/EFTA.

- emerytów i rencistów pobierających polskie świadczenie emerytalne lub rentowe, i z tego tytułu podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ,
- członków rodziny emeryta lub rencisty, zgłoszonych przez emeryta lub rencistę do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, którzy zamieszkują w tym samym, co emeryt lub rencista, albo innym państwie UE/EFTA.

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 do właściwego organu emerytalno-rentowego.

UWAGA! Wnioski, w których osoba wnioskująca nie wpisze daty wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU:

Pole:: Wniosek dotyczy	Należy zaznaczyć: <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> emeryta / rencisty – jeżeli Wniosek dotyczy dokumentu S1 wyłącznie dla emeryta lub rencisty ➤ <input type="checkbox"/> członków rodziny emeryta / rencisty - jeżeli Wniosek dotyczy dokumentu S1 wyłącznie dla członków rodziny emeryta lub rencisty zamieszkałych w innym niż Polska oraz innym niż państwo zamieszkania emeryta lub rencisty państwie UE/EFTA ➤ oba kwadraty, jeżeli Wniosek dotyczy wystawienia dokumentów S1 na rzecz emeryta lub rencisty oraz członków rodziny emeryta lub rencisty, którzy zamieszkują w tym samym państwie UE/EFTA, co państwo zamieszkania emeryta lub rencisty
Punkt 1	Należy wpisać dane emeryta / rencisty
Punkt 1.1	Jeżeli dokument S1 ma być wystawiony: <ul style="list-style-type: none"> ➤ emerytowi lub renciście zamieszkałemu w innym państwie UE/EFTA, albo ➤ emerytowi lub renciście zamieszkałemu w innym państwie UE/EFTA wraz z członkami rodziny należy wpisać adres zamieszkania emeryta lub rencisty zawsze w innym niż Polska państwie UE/EFTA. Jeżeli dokument S1 ma być wystawiony: <ul style="list-style-type: none"> ➤ członkowi rodziny emeryta lub rencisty zamieszkałemu w innym państwie UE/EFTA, niż państwo zamieszkania emeryta lub rencisty należy wpisać adres zamieszkania emeryta lub rencisty w Polsce lub w innym niż Polska państwie UE/EFTA.
Punkt 1.2	Należy wpisać nazwę i adres właściwego organu emerytalno/rentowego w Polsce, który wypłaca emeryturę/rentę (np. ZUS, KRUS, Zakład Emerytalno-Rentowy MSW, Wojskowe Biuro Emerytalne, Biuro Emerytalne Służby Więziennej, Ministerstwo Sprawiedliwości w odniesieniu do sędziów i prokuratorów w stanie spoczynku) Należy wpisać numer i symbol emerytury/renty
Punkt 1.3	Należy wypełnić, o ile emeryt/rencista pobiera rentę lub emeryturę także z innego państwa UE/EFTA poprzez wpisanie w odpowiednich kolumnach: <ul style="list-style-type: none"> ➤ nazwy państwa, ➤ nazwy instytucji wypłacającej świadczenie emerytalne lub rentowe, ➤ numeru tego świadczenia oraz ➤ okresu działalności zawodowej we wskazanym państwie UE/EFTA, z tytułu której wypłacane jest świadczenie emerytalne lub rentowe
Punkt 1.4	Należy wypełnić, o ile emeryt/rencista posiada inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zatrudnienie, praca na własny rachunek) w Polsce albo w innym państwie członkowskim UE/EFTA w momencie składania Wniosku o dokument S1 poprzez wpisanie w odpowiednich kolumnach: <ul style="list-style-type: none"> ➤ nazwy państwa, w którym emeryt lub rencista posiada tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego ➤ tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, ➤ daty, od której emerytowi lub renciście przysługuje tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego we wskazanym państwie
Punkt 2	Należy wpisać dane członków rodziny, którzy: <ul style="list-style-type: none"> ➤ wraz z emerytem/rencistą zamieszkują w innym państwie UE/EFTA, albo ➤ zamieszkują w innym niż państwo zamieszkania emeryta lub rencisty i innym niż Polska państwie UE/EFTA poprzez wpisanie w odpowiednich kolumnach nazwiska, imienia, daty urodzenia, państwa zamieszkania, nr PESEL oraz serii i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość, o ile członek rodziny posiada taki dokument; w przypadku, gdy adres zamieszkania członków rodziny jest identyczny z adresem zamieszkania emeryta lub rencisty wypełnienie pól dotyczących adresu zamieszkania członków rodziny emeryta lub rencisty nie jest obowiązkowe
Punkt 3	Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania, w której zostanie zarejestrowany dokument S1
Punkt 4	Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu. W przypadku wyboru opcji: <ul style="list-style-type: none"> <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 U/EFTA lub jej przedstawiciela ustawowego
Punkt 5	Należy wpisać liczbę załączników do Wniosku. Dokumenty, jakie należy przedłożyć wraz z Wnioskiem o wydanie dokumentu S1: <ul style="list-style-type: none"> ➤ przy wyborze opcji <input type="checkbox"/> emerytowi / renciście w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> – osób otrzymujących świadczenia emerytalne/rentowe transferowane do państwa zamieszkania - kopię decyzji o rozpoczęciu transferu świadczeń przez zakład emerytalno-rentowy lub kopię decyzji dotyczącej waloryzacji transferowanych świadczeń oraz dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych, – osób, których świadczenia emerytalne/rentowe jest wypłacane w Polsce - kopię dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne z tytułu otrzymywania świadczeń emerytalnych/rentowych, np. kopię ostatniego odcinka wypłaty świadczeń, kopię karty emeryta/rencisty wydanej przez ZUS, kopię legitymacji emeryta/rencisty oraz dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych ➤ przy wyborze opcji <input type="checkbox"/> członkowi rodziny emeryta / rencisty <ul style="list-style-type: none"> – jeden z ww. dokumentów potwierdzających odpowiednio fakt transferowania emerytury lub renty do państwa zamieszkania emeryta/ rencisty albo fakt odbierania przez emeryta/ rencistę tych świadczeń w Polsce – dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny wskazanych w pkt. 2 Wniosku – 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
Punkt 6	Jest wypełniany przy odbiorze dokumentu S1 przez osobę do tego upoważnioną