

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

 Proszę zaznaczyć właściwe **ZGŁOSZENIE DOKUMENTU S1 DO ZAREJESTROWANIA**
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH ADRESOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAMIESZKANIA W POLSCE
I. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE - REJESTRACJA DOKUMENTU S1

1.1 Nazwisko	1.2 Imię (imiona)	1.3 Nazwisko rodowe
1.4 Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	1.5 Obywatelstwo	1.6 PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
1.7 Oświadczam, iż posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem ² : Oświadczam, iż nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania zagranicą ³ :		
Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon kontaktowy
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
1.8 Oświadczam, że posiadam w Polsce ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia z tytułu:		
Tytuł	Proszę wpisać TAK / NIE	Proszę podać datę zakończenia ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce ze wskazanego tytułu:
Zatrudnienie w zakładzie pracy		
Prowadzenie działalności gospodarczej		
Ubezpieczenie w KRUS		
Pobieranie emerytury/renty		
Pobieranie świadczenia przedemerytalnego		
Zarejestrowanie w Urzędzie Pracy		
Pobieranie zasiłku z opieki społecznej		
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne		
Status członka rodziny		
inny tytuł do ubezpieczenia		
1.9 zgłaszam uprawnionych członków rodziny do rejestracji <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

II. DANE CZŁONKÓW RODZINY ⁴

Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr

	Nazwisko	Imię (imiona)		Data urodzenia (dd, mm, rrrr)		PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹			
5.	Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :								
	Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica		Nr domu	Nr lokalu		
	Stopień pokrewieństwa ⁶		Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸		Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹		Posiadał/-a ubezpieczenie zdrowotne ⁹	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu
	Nazwisko	Imię (imiona)		Data urodzenia (dd, mm, rrrr)		PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹			
6.	Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :								
	Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica		Nr domu	Nr lokalu		
	Stopień pokrewieństwa ⁶		Kontynuacja nauki ⁷	Niepełnosprawność ⁸		Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹		Posiadał/-a ubezpieczenie zdrowotne ⁹	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu
III.	POTWIERDZAM ODBIÓR POŚWIADCZENIA/ -EŃ (wpisać liczbę odebranych Poświadczeń)			 / /		(dd/mm/rrrr)		
						(podpis osoby upoważnionej)		

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

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

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

.....
Czytelny podpis

OBJAŚNIENIA:

- Należy wpisać nr PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwę i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe
- Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego; Dz. U. Nr 16, poz. 93, z póź. zm.); można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (zgodnie z art. 28 Kodeksu Cywilnego; Dz. U. Nr 16, poz. 93, z póź. zm.)
- W przypadku, gdy dokument S1 został wydany dla członka rodziny głównego ubezpieczonego zamieszkałego w innym niż Polska państwie UE.
- Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z póź. zm.) członkiem rodziny może być:
 - dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
 - do ukończenia 18 lat,
 - do ukończenia 26 lat (jeżeli kształci się dalej),
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
 - małżonek,
 - krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym
- Wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania członka rodziny jest różny od adresu zamieszkania wskazanego w pkt. 1.7
- 1 – małżonek; 2 dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej; 3 – wnuk; 4 – krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym;
- Dotyczy dziecka powyżej 18 roku życia - należy zaznaczyć TAK, jeżeli dziecko kontynuuje naukę - w takim przypadku należy dołączyć kserokopie legitymacji szkolnej lub studenckiej albo zaświadczenie ze szkoły lub uczelni; należy zaznaczyć NIE, jeżeli dziecko nie kontynuuje nauki
- Dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności
- Dotyczy prawa do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce z jednego z tytułów wymienionych w pkt. 1.8 Oświadczenia - należy zaznaczyć TAK oraz wpisać, z jakiego tytułu członek rodziny posiada ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, jeżeli taki tytuł istnieje, albo należy podać datę ostatniego wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, w przypadku braku własnego tytułu do ubezpieczenia.

W przypadku zgłoszenia do zarejestrowania członków rodziny uprzejmie należy dołączyć:

- dla pełnoletnich uczących się dzieci – zaświadczenie ze szkoły, uczelni
- dla dzieci niepełnosprawnych bez ograniczenia wieku – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
- dla krewnych wstępnych (rodzice, dziadkowie) – oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym