

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE REJESTRACJI FORMULARZA E 106



Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

Proszę zaznaczyć właściwe **ZGŁOSZENIE FORMULARZA E106 DO ZAREJESTROWANIA
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH ADRESOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAMIESZKANIA W POLSCE**

I. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EOG - REJESTRACJA FORMULARZA E-106					
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	
Oświadczam, iż posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem ² : Oświadczam, iż nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania zagranicą ³ :					
1.7 Miejscowość		Kod pocztowy		Telefon kontaktowy	
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
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					
1. 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	
Stoień 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 <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu	do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
2. 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	
Stoień 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 <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu	do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
3. 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	
Stoień 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 <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu	do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
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	
Stoień 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 <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu	do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr

5.	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		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		do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr	
6.	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		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		do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr	
1.	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 formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadomy/świadoma 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 formularz E 106 został wydany dla członka rodziny „osoby bezrobotnej” zamieszkującej w innym niż Polska państwie UE/EOG.
- 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