**Wniosek o dokument S1/S072 o objęcie opieką zdrowotną dla osoby zamieszkałej w innym państwie UE, EFTAlub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (zwanym dalej państwem członkowskim)**

Wypełnij wniosek drukowanymi literami, ręcznie lub elektronicznie. Pamiętaj, aby do wniosku dołączyć wymagane dokumenty. Ich listę znajdziesz w dodatkowych informacjach na końcu.

**1. Dane osoby, której dotyczy wniosek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

Wypełnij, jeśli nie masz numeru PESEL

**Seria i numer dokumentu wpisany   
w zgłoszeniu do ubezpieczenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia**

*(dd-mm-rrrr)*

**Imię (imiona)**

**Nazwisko**

* 1. **Status osoby, której dotyczy wniosek**

**□** osoba ubezpieczona

**□** członek rodziny osoby ubezpieczonej

**□** osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń – jeśli wybierasz to pole, zaznacz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie:

* nie masz 18 lat i nie masz ubezpieczenia, ale masz obywatelstwo polskie
* przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
* przysługuje Ci 6 miesięcy uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej
* przysługują Ci 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły wyższej
* przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia
* złożyłeś lub złożyłaś wniosek o emeryturę lub rentę.
  1. **Adres zamieszkania w innym państwie członkowskim osoby, której dotyczy wniosek**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

**Państwo**

Podaj zagraniczny adres zamieszkania zgodny z adresem zgłoszonym płatnikowi składek, np. pracodawcy lub organowi emerytalnemu.

Jeśli składasz także dokument A1, adres ten powinien być zgodny z adresem zamieszkania wskazanym w tym dokumencie.

* 1. **Adres do korespondencji** – podaj tylko, jeśli jest inny niż w punkcie 1.2

**Imię i nazwisko**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

**Państwo**

**2. Dane zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej w miejscu zamieszkania, która zarejestruje dokument S1**

**Kod instytucji**

**Nazwa**

**Adres**

**Kod pocztowy, miejscowość**

**Państwo**

**3. Sposób odbioru dokumentu S1**

**□** osobiście **□** przez osobę uprawnioną **□** pocztą

**4. Oświadczenia**

* W przypadku posłużenia się dokumentem S1 w sposób nieuprawniony zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej (art. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny).
* Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
* Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego.
* Niezwłocznie przekażę właściwemu dla mnie oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków mojej rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

**5. Zgody**

* Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych z rejestracją dokumentów S1/SED S072 przez telefon lub pocztę elektroniczną.
* Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej numerów identyfikacyjnych umożliwiających śledzenie statusu spraw prowadzonych w EESSI. Numer identyfikacyjny umożliwia śledzenie statusu sprawy na stronie NFZ: <https://statussprawywue.nfz.gov.pl/#/>.

**Telefon**

**E-mail**

Wpisz adres e-mail drukowanymi literami, tak aby był dla nas czytelny.

**6. Podpis wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data *(dd-mm-rrrr)* Czytelny podpis wnioskodawcy

**Uwaga! Jeśli nie podpiszesz wniosku i nie podasz daty, to nie będziemy mogli rozpatrzyć Twojego wniosku.**

**7. Potwierdzenie odbioru osobistego**

Potwierdzam odbiór: **□** dokumentu S1 **□** zaświadczenia o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data *(dd-mm-rrrr)* Czytelny podpis wnioskodawcy

**DODATKOWE INFORMACJE**

**Kiedy dokument S1 zostanie wydany**

Dokument S1 zostanie wydany, jeżeli podlegasz ustawodawstwu polskiemu i spełniasz wszystkie wymienione warunki:

* masz prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
* mieszkasz w innym państwie członkowskim
* nie tracisz prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z polskim ustawodawstwem, mimo że mieszkasz w innym państwie członkowskim.

**(!) Jeżeli mieszkasz w innym państwie członkowskim, masz obowiązek informowania płatnika składek albo innego właściwego organu o swoim aktualnym adresie zamieszkania w innym państwie.**

**Dla kogo zostanie wydany dokument S1**

Dokument S1 zostanie Ci wydany, jeżeli jesteś jedną z wymienionych osób:

* pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce i mieszkasz w innym państwie członkowskim; do tej grupy pracowników zaliczamy również pracownika przygranicznego, który wykonuje działalność zawodową w Polsce i powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu do miejsca zamieszkania w innym państwie członkowskim
* pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce oraz w innym państwie członkowskim, a mieszkasz w państwie innym niż te, w których wykonujesz działalność zawodową
* wykonujesz pracę najemną dla polskiego pracodawcy w państwie członkowskim innym niż Polska, w którym mieszkasz
* masz prawo do świadczeń na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ pobierasz zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym
* pobierasz świadczenia przedemerytalne: emeryturę pomostową, świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
* jesteś członkiem rodziny osoby ubezpieczonej zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
* jesteś emerytem lub rencistą pobierającym polskie świadczenie emerytalne lub rentowe
* ubiegasz się o przyznanie emerytury lub renty i masz prawo do świadczeń pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, bo złożyłeś lub złożyłaś w polskim organie emerytalno-  
  -rentowym wniosek o przyznanie renty albo emerytury.

**Wymagane dokumenty**

Do wniosku o dokument S1 musisz dołączyć **jeden z wymienionych dokumentów:**

* dokument potwierdzający zgłoszenie zmiany miejsca zamieszkania na adres zagraniczny wskazany we wniosku. Dokument wydaje płatnik składek i jest to m.in.: ZUS ZUA, ZUS ZZA, ZUS ZCNA
* dokument A1 – **jeśli mieszkasz w innym państwie członkowskim niż Polska** i prowadzisz działalność zawodową w Polsce i innym państwie albo wykonujesz pracę dla polskiego pracodawcy
* upoważnienie – **jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby**, np. jako pracodawca, krewny, pełnoletni członek rodziny
* dokument potwierdzający kontynuowanie nauki lub zaświadczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – **jeżeli masz 18 lat i ubezpieczenie jako członek rodziny.**

**Obowiązek rejestracji dokumentu S1**

* Nabędziesz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po zarejestrowaniu dokumentu S1 w instytucji ubezpieczeniowej państwa, na terenie którego zamieszkujesz. Wskazujesz ją w pkt 2 wniosku.
* Jeżeli dokument S1 wysyłany jest poprzez system EESSI, zamiast dokumentu S1 wydamy Ci zaświadczenie o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie. Skontaktuj się wówczas z instytucją ubezpieczeniową wskazaną w pkt 2 wniosku i potwierdź Twoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

**(!) W sytuacjach wątpliwych możemy poprosić Cię o przedstawienie dodatkowych dokumentów.**

**Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń (informacja do punktu 1.1)**

Prawo do świadczeń przysługuje Ci na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).