**Wniosek o dokument S1**

**o objęcie opieką zdrowotną**

**dla osoby zamieszkałej w innym państwie UE, EFTA**

**lub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej**

**(zwanym dalej państwem członkowskim)**

Wniosek wypełnij w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, zgodnie z opisem pól.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer  i serię dokumentu tożsamości wskazanego  w zgłoszeniu do ubezpieczenia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data urodzenia** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data (dd/mm/rrrr)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |

**1.1 Status osoby, której dotyczy wniosek**

|  |  |
| --- | --- |
| osoba ubezpieczona | osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń ……...[[1]](#footnote-1) |
| członek rodziny osoby ubezpieczonej |  |

**1.2 Adres zamieszkania w innym państwie członkowskim osoby, której dotyczy wniosek**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr domu** |  | **Numer lokalu** |  | **Kod pocztowy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość / poczta** |  | **Państwo** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię / nazwisko** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr domu** |  | **Numer lokalu** |  | **Kod pocztowy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość / poczta** |  | **Państwo** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kod instytucji** |  | **Nazwa** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość** |  | **Państwo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres** |  |

**3. Sposób odbioru dokumentu S1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * osobiście | * przez osobę upoważnioną | * 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. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data (dd/mm/rrrr) Czytelny podpis Wnioskodawcy

**5**. **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**

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**

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 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.

**Adres zamieszkania**

* Zagraniczny adres zamieszkania wskazany we wniosku musi być zgodny z adresem zgłoszonym płatnikowi składek, np. pracodawcy lub organowi emerytalnemu.
* Dla osób, które zobowiązane są do przedłożenia dokumentu A1, adres ten powinien być również zgodny z adresem zamieszkania wskazanym w dokumencie A1.

**Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń (do punkt 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 2020 r. poz. 1938, z późn. zm.), jeśli

1. nie masz 18 lat i nie masz ubezpieczenia, ale masz obywatelstwo polskie – wpisz 1
2. przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – wpisz 2
3. przysługuje Ci 6 miesięcy uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadgimnazjalnej – wpisz 3
4. przysługują Ci 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły wyższej – wpisz 4
5. przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – wpisz 5
6. złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – wpisz 6.

**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.

**(!!) Wnioski niepodpisane oraz bez wpisanej daty wypełnienia nie będą rozpatrzone.**

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

1. Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–6) spośród wskazanych w dodatkowych informacjach na s. 3. [↑](#footnote-ref-1)