

## II

(Akty, których publikacja nie jest obowiązkowa)

## KOMISJA

**KOMISJA ADMINISTRACYJNA DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO PRACOWNIKÓW  
MIGRUJĄCYCH****DECYZJA NR 202**

**z dnia 17 marca 2005 r.**

**w sprawie wzorów formularzy niezbędnych do stosowania rozporządzeń Rady (EWG)  
nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112,  
E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 oraz E 127)**

**(Tekst mający znaczenie dla EOG oraz dla porozumienia UE-Szwajcaria)**

(2006/203/WE)

KOMISJA ADMINISTRACYJNA DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO PRACOWNIKÓW MIGRUJĄCYCH,

uwzględniając art. 81 lit. a) rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie <sup>(1)</sup>, na mocy którego obowiązkiem Komisji Administracyjnej jest rozpatrywanie wszelkich spraw administracyjnych wynikających z przepisów rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzeń późniejszych,

uwzględniając art. 2 ust. 1 rozporządzenia (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie <sup>(2)</sup>, na mocy którego obowiązkiem Komisji Administracyjnej jest opracowanie wzorów dokumentów niezbędnych w celu stosowania rozporządzeń,

uwzględniając decyzję nr 153 z dnia 7 października 1993 r. w sprawie wzorów formularzy niezbędnych w celu stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 001, E 103–E 127) <sup>(3)</sup>,

uwzględniając decyzję nr 164 z dnia 27 listopada 1996 r. w sprawie wzorów formularzy niezbędnych w celu stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 101 i E 102) <sup>(4)</sup>,

uwzględniając decyzję nr 166 z dnia 2 października 1997 r. w sprawie zmiany formularzy E 106 i E 109 <sup>(5)</sup>,

<sup>(1)</sup> Dz.U. L 149 z 5.7.1971, str. 2. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE) nr 647/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 17 z 4.5.2005, str. 1).

<sup>(2)</sup> Dz.U. L 74 z 27.3.1972, str. 1. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE) nr 647/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady.

<sup>(3)</sup> Dz.U. L 244 z 19.9.1994, str. 22.

<sup>(4)</sup> Dz.U. L 216 z 8.8.1997, str. 85.

<sup>(5)</sup> Dz.U. L 195 z 11.7.1998, str. 25.

uwzględniając decyzję nr 168 z dnia 11 czerwca 1998 r. w sprawie zmiany formularzy E 121 i E 127 oraz zaprzestania stosowania formularza E 122 <sup>(1)</sup>,

uwzględniając decyzję nr 179 z dnia 18 kwietnia 2000 r. w sprawie wzorów formularzy niezbędnych w celu stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 111, E 111 B, E113–E 118 oraz E 125–E 127) <sup>(2)</sup>,

uwzględniając decyzję nr 185 z dnia 27 czerwca 2002 r. zmieniającą decyzję nr 153 z dnia 7 października 1993 r. (formularz E 108) <sup>(3)</sup>,

uwzględniając decyzję nr 186 z dnia 27 czerwca 2002 r. w sprawie wzorów formularzy niezbędnych w celu stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 101) <sup>(4)</sup>,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Rozszerzenie Unii Europejskiej w dniu 1 maja 2004 r. wymaga zmiany formularzy E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 oraz E 127.
- (2) Porozumienie o Europejskim Obszarze Gospodarczym (Porozumienie EOG) z dnia 2 maja 1992 r., uzupełnione protokołem z dnia 17 marca 1993 r., załącznik VI, wdraża rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 w obrębie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
- (3) Wspólnota Europejska wraz z jej państwami członkowskimi oraz Konfederacja Szwajcarska zawarły porozumienie o swobodnym przepływie osób (porozumienie szwajcarskie), które weszło w życie w dniu 1 czerwca 2002 r. Załącznik II do tego porozumienia odnosi się do rozporządzeń (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72.
- (4) Ze względów praktycznych formularze używane w Unii Europejskiej oraz w ramach porozumień EOG i szwajcarskiego powinny być identyczne,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

1. Wzór formularza E 101 zamieszczonego w decyzji nr 186 zastępuje się załączonym wzorem.
2. Wzór formularza E 102 zamieszczonego w decyzji nr 164 zastępuje się załączonym wzorem.
3. Wzór formularza E 105 zamieszczonego w decyzji nr 153 zostaje uchylony.

Wzory formularzy E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 oraz E 124 zamieszczone w decyzji nr 153 zastępuje się załączonymi wzorami.

4. Wzory formularzy E 106 oraz E 109 zamieszczone w decyzji nr 166 zastępuje się załączonymi wzorami.
5. Wzór formularza E 108 zamieszczonego w decyzji nr 185 zastępuje się załączonym wzorem.
6. Wzory formularzy E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 oraz E 127, zamieszczone w decyzji nr 179, zastępuje się załączonymi wzorami.

<sup>(1)</sup> Dz.U. L 195 z 11.7.1998, str. 37.

<sup>(2)</sup> Dz.U. L 54 z 25.2.2002, str. 1.

<sup>(3)</sup> Dz.U. L 55 z 1.3.2003, str. 74.

<sup>(4)</sup> Dz.U. L 55 z 1.3.2003, str. 80.

7. Wzór formularza E 121 zamieszczonego w decyzji nr 168 zastępuje się załączonym wzorem.
8. Symbol państwa, któremu podlega instytucja wypełniająca formularz, podaje się zgodnie z następującymi oznaczeniami:  
„BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE= Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria”.
9. Właściwe władze państw członkowskich udostępniają zainteresowanym stronom formularze zgodne z załączonymi wzorami. Formularze te są dostępne w językach urzędowych Wspólnoty i opracowane w taki sposób, że różne wersje idealnie się pokrywają, tym samym umożliwiając wszystkim adresatom otrzymanie formularza wydrukowanego w jego własnym języku.
10. Niniejsza decyzja, która zastępuje decyzje nr 153, 164, 166, 168, 179, 185 i 186, zostaje opublikowana w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*. Niniejszą decyzję stosuje się od pierwszego dnia miesiąca następującego po jej opublikowaniu.

Przewodniczący Komisji Administracyjnej  
Claude EWEN

---



- Wniosek o udzielenie informacji
- Przekazanie informacji
- Wniosek o wydanie formularzy
- Ponaglenie

z dnia

- pracownik najemny
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- pracownik przygraniczny
- emeryt/rencista
- osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę
- osoba bezrobotna
- osoba pozostająca na utrzymaniu

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 84

Institucja wysyłająca powinna wypełnić część A i wysłać dwa egzemplarze formularza do instytucji, do której formularz jest adresowany. Ostatnia instytucja powinna wypełnić część B i odesłać jeden egzemplarz do instytucji wysyłającej.

Formularza należy używać jako uzupełnienia innych formularzy lub jako podstawy do wymiany pomiędzy instytucjami, które nie zostały jeszcze uwzględnione w obecnie używanych formularzach. Formularza nie wolno używać w zastępstwie innych formularzy.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 4 stron, z których żadnej nie wolno pominąć.

### Część A

1.	Institucja, do której adresowany jest formularz
1.1	Nazwa instytucji: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....

2.	Informacje o osobie ubezpieczonej <sup>(2)</sup>
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Imię (imiona) <sup>(4)</sup> : .....
2.3	Poprzednio używane imiona i nazwiska: .....
2.4	Płeć <sup>(5)</sup> : .....

3.	Obywatelstwo <sup>(6)</sup> : .....
----	-------------------------------------

4.	Dane dotyczące urodzenia
4.1	Data urodzenia <sup>(7)</sup> : .....
4.2	Miejsce urodzenia <sup>(8)</sup> : .....
4.3	Prowincja lub departament <sup>(9)</sup> : .....
4.4	Państwo <sup>(10)</sup> : .....

5.	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(11)</sup>
5.1	w instytucji wysyłającej: .....
5.2	w instytucji, do której adresowany jest formularz: .....

6.	Adres: .....
	.....

7.	Informacje dotyczące dokumentacji
7.1	Rodzaj świadczenia: .....
7.2	Numer referencyjny dokumentacji w instytucji wysyłającej: .....
7.3	Numer referencyjny dokumentacji w instytucji, do której adresowany jest formularz: .....

8. Osoba pozostająca na utrzymaniu <sup>(12)</sup>

8.1 Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup>: .....

8.2 Imię (Imiona) <sup>(4)</sup>: .....

8.3 Nazwisko(-a) poprzednio używane: .....

8.4 Miejsce urodzenia <sup>(8)</sup>: ..... Data urodzenia: .....

8.5 Płeć: ..... Obywatelstwo <sup>(6)</sup>: .....

8.6 Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(11)</sup>: .....  
w instytucji wysyłającej: .....  
w instytucji, do której skierowany jest formularz: .....

8.7 Adres: .....

9.  Wniosek  Ponaglenie dotyczące wniosku, z dnia: .....

W odniesieniu do osoby określonej w punkcie  2  8 proszę wysłać

9.1  następujący(-e) formularz(-e): .....

9.2  następujący(-e) dokument(-y): .....

9.3  następującą(-e) informację(-e): .....

9.4 Powód wystąpienia z wnioskiem: .....

10. Zmiana okoliczności: nastąpiły następujące zmiany

.....

.....

.....

.....

11. Informacje różne

.....

.....

.....

.....

12. Instytucja wypełniająca część A

12.1 Nazwa instytucji: .....

12.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

12.3 Adres: .....

12.4 Pieczęć ..... 12.5 Data: .....

.....

12.6 Podpis: .....

.....

Część B

13.

W odpowiedzi na wniosek z dnia ..... załączamy:

13.1  następujący(-e) formularz(-e): .....

13.2  następujący(-e) dokument(-y): .....  
.....

13.3  następującą(-e) informację(-e): .....  
.....

14.

W odpowiedzi na wniosek z dnia .....  
niestety nie jesteśmy w stanie przekazać:

14.1  następującego(-ych) formularza(-y): .....

14.2  następującego(-ych) dokumentu(-ów): .....

14.3  następującej(-ych) informacji: .....

14.4  Powody: .....  
.....  
.....

15. Informacje różne

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16.

W odniesieniu do wniosku przekazanego w dniu .....  
potwierdzamy otrzymanie informacji zawartych w sekcji 10

17. Instytucja wypełniająca część B

17.1 Nazwa instytucji: .....

17.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

17.3 Adres: .....  
.....

17.4 Pieczęć ..... 17.5 Data: .....  
.....

17.6 Podpis: .....  
.....

## UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, do którego należy instytucja wypełniająca formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Punkty od 2.1 do 2.4, określające osobę ubezpieczoną, należy wypełnić, gdzie jest to właściwe.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać wszystkie nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Proszę podać wszystkie imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>5</sup>) Proszę wstawić „M” w przypadku mężczyzny lub „F” w przypadku kobiety.
- (<sup>6</sup>) Proszę podać datę naturalizacji, o ile dotyczy.
- Dla potrzeb instytucji hiszpańskich w przypadku obywateli hiszpańskich proszę wpisać numer dowodu osobistego (DNI) lub N.I.E w przypadku cudzoziemców, jeżeli takie istnieją, nawet jeżeli dowód osobisty utracił ważność. W przypadku braku dowodu tożsamości wpisać „Brak”.
- (<sup>7</sup>) Dzień i miesiąc należy wyrazić dwiema cyframi, a rok czterema (np. 1 sierpnia 1921 r. = 01.08.1921).
- (<sup>8</sup>) W przypadku francuskich miast, obejmujących kilka *arrondissements*, proszę podać numer *arrondissement* (np. „Paris 14”). W przypadku portugalskich okręgów proszę podać również gminę i nazwę władz lokalnych.
- (<sup>9</sup>) Informacja obowiązkowa dla ubezpieczonych obywateli Hiszpanii, Francji i Włoch. W zależności od państwa wpis powinien składać się z jednostki terytorialnej obejmującej miejsce urodzenia (np. w przypadku Francji, jeżeli gminą miejsca urodzenia jest Lile, należy podać departament „Nord” wraz z kodem departamentu, jeżeli jest on znany osobie ubezpieczonej, w tym przypadku „59”. Kompletny wpis powinien zatem brzmieć „Nord 59”). W przypadku osób urodzonych w Hiszpanii proszę podać tylko prowincję.
- (<sup>10</sup>) Symbol państwa urodzenia osoby ubezpieczonej zgodny z uwagą (1).
- (<sup>11</sup>) Dla potrzeb instytucji włoskich proszę podać „kod fiskalny”.
- Dla potrzeb instytucji maltańskich w przypadku obywateli maltańskich proszę podać numer dowodu osobistego lub w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż maltańskie numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego.
- Dla potrzeb instytucji słowackich proszę podać słowacki numer urodzenia, jeżeli ma zastosowanie.
- (<sup>12</sup>) Należy wypełnić, o ile dotyczy.



**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTAWODAWSTWA WŁAŚCIWEGO**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 13 ust. 2 lit. d); art. 14 ust. 1 lit. a); art. 14 ust. 2 lit. a); art. 14 ust. 2 lit. b); art. 14a ust. 1 lit. a), ust. 2 i 4; art. 14b ust. 1, 2 i 4; art. 14c lit. a); art. 14e; art. 17

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 11 ust. 1; art 11a ust. 1; art. 12a ust. 2 lit. a); ust. 5 lit. c) i ust. 7 lit. a); art. 12b

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 4 stron, z których żadnej nie wolno pominąć.**

1.	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
1.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....	
1.3	Poprzednio używane imiona i nazwiska: .....	
1.4	Data urodzenia: .....	Obywatelstwo: .....
1.5	Adres stałego zamieszkania	
	Ulica: .....	Nr: ..... Skr. pocztowa: .....
	Miasto: .....	Kod pocztowy: ..... Państwo: .....
1.6	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(4)</sup> : .....	

2.	<input type="checkbox"/> Pracodawca	<input type="checkbox"/> Działalność na własny rachunek
2.1	Nazwa pracodawcy lub firmy: .....	
2.2	Numer identyfikacyjny <sup>(5)</sup> : .....	
2.3	Pracodawca jest agencją pośrednictwa pracy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2.4	Stały adres	
	Telefon: .....	Faks: ..... E-mail: .....
	Ulica: .....	Nr: ..... Skr. pocztowa: .....
	Miasto: .....	Kod pocztowy: ..... Państwo: .....

3.	Wyżej wymieniona osoba ubezpieczona	
3.1	<input type="checkbox"/> jest zatrudniona przez wyżej wymienionego pracodawcę od .....	
	<input type="checkbox"/> prowadzi działalność na własny rachunek od .....	
	w .....	
3.2	<input type="checkbox"/> jest oddelegowana lub będzie prowadzić działalność na własny rachunek przez okres, który będzie trwać prawdopodobnie od ..... do .....	
3.3	<input type="checkbox"/> do firmy (firm) wymienionej(-ych) poniżej	<input type="checkbox"/> na statek wymieniony poniżej
3.4	Nazwa(-y) pracodawcy(-ów) lub firmy (firm) lub statku(-ów) .....	
3.5	Adres(-y)	
	Ulica: .....	Nr: ..... Skr. pocztowa: .....
	Miasto: .....	Kod pocztowy: ..... Państwo: .....
	Ulica: .....	Nr: ..... Skr. pocztowa: .....
	Miasto: .....	Kod pocztowy: ..... Państwo: .....
3.6	Numer identyfikacyjny <sup>(5)</sup> : .....	

4. Kto wypłaca wynagrodzenie oraz opłaca składki na ubezpieczenie oddelegowanego pracownika najemnego?

4.1 Pracodawca wymieniony w punkcie 2

4.2 Firma wymieniona w punkcie 3.4

4.3 Inne  jeśli tak, proszę podać nazwę

..... i

Adres

Ulica: ..... Nr: ..... Skr. pocztowa: .....

Miasto: ..... Kod pocztowy: ..... Państwo: .....

5. Osoba ubezpieczona nadal podlega ustawodawstwu państwa:  (1)

5.1 zgodnie z art.:

13 ust. 2 lit. d)

14 ust. 1 lit. a)  14 ust. 2 lit. a)  14 ust. 2 lit. b)  14a ust. 1 lit. a)  14a ust. 2  14a ust. 4

14b ust. 1  14b ust. 2  14b ust. 4  14c lit. a)  14e  17

rozporządzenia (EWG) nr 1408/71

5.2  od ..... do .....

5.3  przez okres prowadzenia działalności (patrz: pismo władzy właściwej lub wyznaczonego organu w państwie zatrudnienia, które uprawnia osobę ubezpieczoną do dalszego podlegania ustawodawstwu państwa wysyłającego

z dnia ..... znak pisma .....)

6. Instytucja właściwa, której ustawodawstwo stosuje się

6.1 Nazwa: .....

6.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

6.3 Adres: .....

Telefon: ..... Faks: ..... E-mail: .....

Ulica: ..... Nr: ..... Skr. pocztowa: .....

Miasto: ..... Kod pocztowy: ..... Państwo: .....

6.4 Pieczęć

6.5 Data:

.....

6.6 Podpis:

.....

## POUCZENIE

Wyznaczona instytucja państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu podlega pracownik, powinna wypełnić formularz na wniosek pracownika lub jego pracodawcy i zwrócić go zainteresowanej osobie. Jeżeli pracownik jest oddelegowany do Belgii, Danii, Niemiec, Francji, Niderlandów, Austrii, Finlandii, Szwecji lub Islandii, instytucja powinna również wysłać jeden egzemplarz formularza do: w Belgii, w przypadku pracowników najemnych do „Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid” (Krajowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Bruksela; w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek do „Institut national d’assurances sociales pour travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen” (Krajowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych dla Osób Prowadzących Działalność na Własny Rachunek), Bruksela; w przypadku marynarzy do „Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins: de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden” (Kasa Pomocy i Opieki Społecznej na Rzecz Marynarzy), Antwerpia; lub, w przypadku służby cywilnej, do „Service des Relations internationales du S.P.F. Sécurité sociales” (Dział Stosunków Międzynarodowych, Ministerstwo Spraw Socjalnych); w Danii do „Den Sociale Sikringsstyrelse” (Krajowy Urząd Zabezpieczenia Społecznego); w Niemczech do „Deutsche Rentenversicherung-Bund” (Niemiecki Federalny Zakład Ubezpieczeń Emerytalno-Rentowych), 97041 Würzburg; we Francji do „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)” (Centrum ds. Europejskiej i Międzynarodowej Współpracy w dziedzinie Zabezpieczenia Społecznego), Paryż; w Niderlandach do „Sociale Verzekeringsbank” (Bank Ubezpieczenia Społecznego), Amstelveen; w Austrii do „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger” (Główne Stowarzyszenie Austriackich Instytucji Ubezpieczeń Społecznych); w Finlandii do „Eläketurvakeskus” (Centralny Zakład Ubezpieczenia Emerytalno-Rentowego), Helsinki; w Szwecji do „Försäkringskassan, Huvudkontoret” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych, siedziba główna), Sztokholm; w Islandii do „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Reykjavik.

### Informacje dla osoby ubezpieczonej

Przed wyjazdem z państwa, w którym jest Pan/Pani ubezpieczony/a, w celu podjęcia pracy w innym państwie członkowskim proszę zaopatrzyć się w dokument upoważniający do otrzymania niezbędnych świadczeń rzeczowych (np. opieka medyczna, leki, hospitalizacja itd.) w państwie, w którym jest Pan/Pani zatrudniony/a. Jeżeli będzie Pan/Pani mieszkać w państwie, w którym Pan/Pani pracuje, proszę zwrócić się do swojej instytucji ubezpieczenia chorobowego o formularz E 106 i złożyć go jak najszybciej do właściwej instytucji ubezpieczenia chorobowego w miejscu, w którym jest Pan/Pani zatrudniony/a. Jeżeli przebywa Pan/Pani czasowo w państwie, w którym będzie Pan/Pani zatrudniony/a, proszę zwrócić się do swojej instytucji ubezpieczenia chorobowego o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Kartę należy okazać placówce świadczącej usługi medyczne, jeśli korzysta Pan/Pani ze świadczeń rzeczowych podczas pobytu.

### Informacje dla pracodawców

Państwo członkowskie, które otrzyma wniosek o zastosowanie wymienionych art. 14 ust. 1, art. 14b ust. 1 lub art. 17 rozporządzenia (EWG) nr 1408/71, powinno poinformować odpowiednio pracodawcę i zatrudnionego pracownika o warunkach, na jakich oddelegowany pracownik może nadal podlegać ustawodawstwu tego państwa.

Pracodawca zostanie poinformowany o możliwości przeprowadzania kontroli przez cały okres oddelegowania w celu ustalenia, czy okres ten nie zakończył się. Kontrole te mogą dotyczyć w szczególności opłacania składek oraz utrzymywania ścisłego związku. Ponadto pracodawca oddelegowanego pracownika ma obowiązek informować instytucję właściwą w państwie wysyłającym o wszelkich zmianach, które wystąpiły w okresie oddelegowania, w szczególności:

- czy oddelegowanie lub przedłużenie okresu oddelegowania będące przedmiotem wniosku doszło do skutku,
- czy okres oddelegowania został przerwany, chyba że przerwa w działalności pracownika na rzecz przedsiębiorstwa w państwie zatrudnienia ma charakter wyłącznie tymczasowy,
- czy oddelegowany pracownik został przeniesiony przez pracodawcę do innego przedsiębiorstwa w państwie zatrudnienia.

W dwóch pierwszych przypadkach pracodawca zwraca niniejszy formularz instytucji właściwej państwa wysyłającego.

### Informacje dla instytucji miejsca pobytu

Jeżeli osoba zainteresowana przedstawi odpowiedni dokument (Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub formularz E 106), instytucja ubezpieczeniowa w państwie pobytu zapewni jej tymczasowo świadczenia w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Jeżeli w takiej sytuacji instytucja wymaga formularza E 123, powinna wystąpić o niego jak najszybciej:

- w **Belgii**, dla pracowników najemnych w przypadku chorób zawodowych, do „Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten” (Fundusz Chorób Zawodowych), Bruksela, a w przypadku wypadków przy pracy do towarzystwa ubezpieczeniowego wskazanego przez pracodawcę;
- w **Republice Czeskiej** do Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych, w którym zainteresowana osoba jest ubezpieczona;
- w **Danii** do „Arbejdsskadestyrelsen” (Krajowy Urząd ds. Wypadków przy Pracy), Kopenhaga;
- w **Niemczech** do właściwej „Berufsgenossenschaft” (Instytucja Ubezpieczenia Wypadkowego);
- w **Estonii** do „Sotsiaalkindlustusamet” (Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych), Tallin;
- w **Hiszpanii** do „Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego);
- w **Irlandii** do „Department of Health, Planning Unit” (Ministerstwo Zdrowia, Wydział Planowania), Dublin 2;
- we **Włoszech** do właściwego biura regionalnego „Istituto nazionale per l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro” (INAIL, Narodowy Zakład Ubezpieczenia w Razie Wypadków przy Pracy);
- na **Łotwie** do „Valsts sociālas apdrošinašanas agentūra” (Państwowy Urząd ds. Ubezpieczenia Społecznego), Ryga;
- na **Litwie** do „Teritorinė ligonių kasa” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego);
- w **Luksemburgu** do „Association d’assurance contre les accidents” (Towarzystwo Ubezpieczenia Wypadkowego);
- na **Malcie** do „Diviżjoni tas-Saħħa”, Triq il-Merkanti, Valletta CMR 01;
- w **Niderlandach** do właściwej instytucji ubezpieczenia chorobowego;
- w **Austrii** do właściwej instytucji ubezpieczenia wypadkowego;
- w **Polsce** do wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia;
- w **Portugalii** do „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais” (Krajowe Centrum Ochrony przed Ryzykiem Zawodowym), Lizbona;
- na **Słowacji** do towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego, w którym ubezpieczona jest zainteresowana osoba, lub do Urzędu Ubezpieczenia Społecznego, Bratislava;
- w **Finlandii** do „Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto” (Federacja Zakładów Ubezpieczenia Wypadkowego), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;
- w **Szwecji** do „Försäkringskassan” (lokalny Urząd Ubezpieczeń Społecznych);
- we **wszystkich innych państwach** członkowskich do właściwej instytucji ubezpieczenia chorobowego;
- w **Islandii** do „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Reykjavik;
- w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej), Vaduz;
- w **Norwegii** do „Folketrygdkontoret for Utenlandssaker” (Krajowy Urząd Ubezpieczenia Społecznego dla Zagranicy), Oslo;

w **Szwajcarii**, dla pracowników najemnych, do instytucji ubezpieczenia wypadkowego, w którym ubezpieczony jest pracodawca; dla osób prowadzących działalność na własny rachunek do instytucji ubezpieczenia wypadkowego, w której ubezpieczona jest zainteresowana osoba.

Jeżeli pracownik jest objęty francuskim systemem zabezpieczenia społecznego, kasą właściwą do rozpatrzenia uprawnień do świadczeń jest jego kasa ubezpieczeniowa, która może być inna niż wymieniona w formularzu E 101. W razie potrzeby należy zwrócić się o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub o formularz E 123 do kasy stałego zamieszkania pracownika.

Jeżeli osoba prowadząca działalność na własny rachunek jest objęta fińskim lub islandzkim systemem zabezpieczenia społecznego, zawsze trzeba będzie uzyskać formularz E 123.

Jeżeli pracownik objęty islandzkim systemem zabezpieczenia społecznego ulegnie wypadkowi przy pracy lub zachoruje na chorobę zawodową, pracodawca musi zawsze stosownie powiadomić instytucję właściwą.

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, do którego należy instytucja wypełniająca formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Proszę podać wszystkie nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać wszystkie nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Hiszpanii proszę podać numer ubezpieczenia społecznego. Dla potrzeb instytucji maltańskich proszę podać, w przypadku obywateli maltańskich, numer dowodu osobistego lub, w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż maltańskie, numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego. W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Polski proszę podać numery PESEL i NIP lub w przypadku ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu. Dla potrzeb instytucji słowackich proszę podać słowacki numer urodzenia, jeżeli ma zastosowanie.
- (<sup>5</sup>) Proszę podać jak najwięcej informacji, aby ułatwić identyfikację pracodawcy lub firmy osoby prowadzącej działalność na własny rachunek. W przypadku statku proszę podać jego nazwę i numer rejestracyjny.  
**Belgia:** w przypadku pracowników najemnych proszę podać numer rejestracyjny pracodawcy (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/ Unternehmensnummer) oraz, w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek, numer VAT.  
**Republika Czeska:** proszę podać numer identyfikacyjny (IČ).  
**Dania:** proszę podać numer CVR.  
**Niemcy:** proszę podać „Betriebsnummer des Arbeitgebers”.  
**Hiszpania:** proszę podać numer „Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC” (numer konta składek pracodawcy).  
**Francja:** proszę podać numer SIRET.  
**Włochy:** proszę podać numer rejestracyjny firmy, o ile to możliwe.  
**Luksemburg:** proszę podać numer rejestracyjny ubezpieczenia społecznego pracodawcy, a dla osób prowadzących działalność na własny rachunek numer ubezpieczenia społecznego (CCSS).  
**Węgry:** proszę podać numer rejestracyjny zabezpieczenia społecznego pracodawcy lub, dla osób prowadzących działalność na własny rachunek, numer identyfikacyjny firmy prywatnej.  
**Polska:** proszę podać numer NUSP, jeżeli taki istnieje, lub numery NIP i REGON.  
**Słowacja:** proszę podać numer identyfikacyjny (IČO).  
**Słowenia:** proszę podać numer rejestracyjny pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek.  
W przypadku pracowników podlegających fińskiemu ustawodawstwu w zakresie wypadków przy pracy, proszę podać nazwę właściwej instytucji ubezpieczenia wypadkowego.  
**Norwegia:** proszę podać numer organizacji.

**PRZEDŁUŻENIE OKRESU ODDELEGOWANIA LUB PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI NA WŁASNY RACHUNEK**

*Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 14 ust.1 lit. b); art. 14a ust. 1 lit. b); art. 14b ust. 1 i 2*  
*Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 11 ust. 2 i 11a ust. 2*

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 4 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

**A. Wypełnia pracodawca lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek**

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz ( <sup>2</sup> )		
1.1	Nazwa: .....		
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
1.3	Adres: .....		
	Tel.: .....	Faks: .....	
	Ulica: .....	Nr: .....	Skr. pocztowa: .....
	Miasto: .....	Kod pocztowy: .....	Państwo: .....

2.	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny			<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
2.1	Nazwisko(-a) ( <sup>3</sup> ): .....					
2.2	Imię (imiona) ( <sup>4</sup> ): .....					
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....					
2.4	Data urodzenia: .....			Obywatelstwo: .....		
2.5	Adres stałego zamieszkania: .....					
	Ulica: .....		Nr: .....		Skr. pocztowa: .....	
	Miasto: .....		Kod pocztowy: .....		Państwo: .....	
2.6	Osobisty numer identyfikacyjny ( <sup>5</sup> ): .....					

3.	Wyżej wymieniona osoba ubezpieczona					
	<input type="checkbox"/> została oddelegowana					
	<input type="checkbox"/> prowadzi działalność na własny rachunek zgodnie z art.					
3.1	<input type="checkbox"/> 14 ust.1. lit a)	<input type="checkbox"/> 14a ust.1 lit. a)	<input type="checkbox"/> 14b ust.1	<input type="checkbox"/> 14 b ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71		
3.2	na okres od ..... do .....					
3.3	<input type="checkbox"/> w przedsiębiorstwie wymienionym poniżej			<input type="checkbox"/> na statku wymienionym poniżej		
3.4	Nazwa firmy lub statku .....					
3.5	Adres: .....					
	Tel.: .....		Faks.: .....			
	Ulica: .....		Nr: .....		Skr. pocztowa: .....	
	Miasto: .....		Kod pocztowy: .....		Państwo: .....	
3.6	Osobisty numer identyfikacyjny ( <sup>6</sup> ): .....					

4. Osoba ubezpieczona posiada zaświadczenie dotyczące ustawodawstwa właściwego (formularz E 101)

4.1 wydane przez następującą instytucję:

Nazwa instytucji: .....

Ulica: .....

Nr: .....

Skr. pocztowa: .....

Miasto: .....

Kod pocztowy: .....

Państwo: .....

4.2 dnia ..... ważne do .....

5. Zwracamy się z prośbą o dalsze stosowanie ustawodawstwa państwa<sup>(1)</sup>

5.1 w okresie od dnia: ..... do dnia .....<sup>(7)</sup>

6.  Pracodawca

Działalność na własny rachunek

6.1 Nazwa pracodawcy lub firmy:

.....

6.2 Numer identyfikacyjny<sup>(6)</sup>:

.....

6.3 Adres: .....

Tel.: .....

Faks: .....

Ulica: .....

Nr: .....

Skr. pocztowa: .....

Miasto: .....

Kod pocztowy: .....

Państwo: .....

6.4 Pieczęć

6.5 Data:

.....

6.6 Podpis:

.....

## B. Wypełnia władza właściwa lub wyznaczony organ w państwie zatrudnienia<sup>(8)</sup>

7. Zaświadczamy, że:

7.1  wyrażono zgodę na to, by

nie wyrażono zgody na to, by

osoba ubezpieczona wymieniona w punkcie 2 była w dalszym ciągu objęta ustawodawstwem zabezpieczenia społecznego państwa

 <sup>(1)</sup>

7.2 w okresie od ..... do .....

8. Właściwa władza lub wyznaczony organ w państwie zatrudnienia

8.1 Nazwa:

.....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

Tel.: .....

Faks: .....

Ulica: .....

Nr: .....

Skr. pocztowa: .....

Miasto: .....

Kod pocztowy: .....

Państwo: .....

8.4 Pieczęć

8.5 Data:

.....

8.6 Podpis:

.....

## POUCZENIE

## Informacje dla pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek

- a) Pracodawca lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek wypełnia część A formularza w czterech egzemplarzach, które należy przesłać do władzy właściwej lub wyznaczonego organu w państwie, do którego został oddelegowany pracownik lub w którym prowadzi działalność na własny rachunek, tj.:

w **Belgii**, w przypadku pracowników najemnych, do „Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid” (Krajowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego); w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek do „Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen” w Brukseli; w przypadku marynarzy do „Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden” (Kasa Pomocy i Opieki Społecznej na Rzecz Marynarzy) w Antwerpii;

w **Republice Czeskiej** do „Česká správa sociálního zabezpečení” (Czeski Organ ds. Zabezpieczenia Społecznego) w Pradze;

w **Danii** do „Den Sociale Sikringsstyrelse” (Krajowy Urząd Zabezpieczenia Społecznego) w Kopenhadze;

w **Niemczech** do „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland” (niemiecka instytucja łącznikowa ds. Ubezpieczenia Zdrowotnego – Zagranica) w Bonn;

w **Estonii** do „Sotsiaalkindlustusamet” (Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych) w Tallinie;

w **Grecji**, w przypadku pracowników najemnych, do regionalnego lub lokalnego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA-ETAM); w przypadku marynarzy do Funduszu Emerytalno-Rentowego Marynarzy (NAT); w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek do instytucji wyznaczonej dla każdej grupy zawodowej w załączniku 10 – F. GRECJA do rozporządzenia (EWG) nr 547/72;

w **Hiszpanii** do „Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales” (Centralna Kasa Zabezpieczenia Społecznego – Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych) w Madrycie;

w **Francji** do „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)” (Centrum ds. Europejskiej i Międzynarodowej Współpracy w Dziedzinie Zabezpieczenia Społecznego);

w **Irlandii** do „Department of Social and Family Affairs, PRSI Special Collections Section (Ministerstwo Spraw Społecznych i Rodzinnych, specjalny Departament Poboru Składek PRSI), Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford;

w **Włoszech** do „Ministerio del Lavoro e delle Politiche Sociali” (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) w Rzymie;

na **Łotwie** do „Valsts socialas apdrošinašanas agentūra” (Państwowy Urząd ds. Ubezpieczenia Społecznego);

na **Litwie** do „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba” (Krajowa Rada Funduszu Ubezpieczeń Społecznych);

w **Luksemburgu** do „Centre commun de la sécurité sociale” (Wspólne Centrum Zabezpieczenia Społecznego) w Luksemburgu;

na **Węgrzech** do „Országos Egészségbiztosítási Pénztár” (Krajowa Kasa Ubezpieczeń Chorobowych) w Budapeszcie;

na **Malcie** do „Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali” (Departament Zabezpieczenia Społecznego), 38, Triq l-Ordinanza, Valletta, CMR 01;

w **Niderlandach** do „Sociale Verzekeringsbank” (Bank Ubezpieczeń Społecznych) w Amstelveen;

w **Austrii** do „Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz” (Federalne Ministerstwo Zabezpieczenia Społecznego, Pokoleń i Ochrony Konsumenta) w Wiedniu;

w **Polsce** do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w Warszawie;

w **Portugalii**, w części kontynentalnej do „Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social” (Departament Stosunków Międzynarodowych i Zabezpieczenia Społecznego) w Lizbonie; na Maderze do „Secretario Regional dos Assuntos Sociais” (Regionalny Sekretariat ds. Społecznych) w Funchal; na Azorach do „Direcção Regional de Segurança Social” (Regionalna Dyrekcja Zabezpieczenia Społecznego) w Angra do Heroísmo;

w **Słowenii** do „Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve” (Ministerstwo Pracy, Rodziny i Spraw Społecznych) w Lublanie;

na **Słowacji** do „Sociálna poisťovňa” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) w Bratysławie;

w **Finlandii** do „Eläketurvakeskus” (Fińskie Centrum Emerytalno-Rentowe) w Helsinkach;

w **Szwecji** do „Försäkringskassan, Huvudkontoret” (Szwedzki Zakład Ubezpieczeń Społecznych, centrala) w Sztokholmie;

w **Zjednoczonym Królestwie** do Inland Revenue (Urząd Skarbowy), Centre for Non-Residents (Centrum dla Nierezydentów), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;

w **Islandii** do „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego) w Reykiawiku;

w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej) w Vaduz;

w **Norwegii** do „Folketrygdkontoret for utenlandssaker” (Krajowy Urząd Ubezpieczenia Społecznego dla Zagranicy) w Oslo;

w **Szwajcarii** do którejkolwiek „Caisse de Compensation AVS” (Fundusz Ubezpieczeń Emerytalnych i Rent Rodzinnych) właściwej dla pracownika najemnego lub prowadzącego działalność na własny rachunek, o ile ustawodawstwo szwajcarskie ma zastosowanie.

- b) Dwa egzemplarze formularza z wypełnioną częścią B zostaną przesłane do pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek. Pracodawca przekazuje następnie jeden egzemplarz pracownikowi najemnemu.
- c) Państwo członkowskie, które otrzyma wniosek o zastosowanie wyżej wymienionego art. 14 ust. 1 lub 14b ust. 1 rozporządzenia (EWG) nr 1408/71, powiadamia odpowiednio pracodawcę i zainteresowanego pracownika o warunkach, na jakich pracownik może dalej podlegać ustawodawstwu tego państwa.

W związku z tym pracodawca zostanie poinformowany o możliwości przeprowadzenia kontroli przez cały okres oddelegowania, w celu sprawdzenia, czy okres ten nie zakończył się. Kontrole te mogą dotyczyć w szczególności opłacania składek i utrzymywania bezpośredniego związku.

Ponadto pracodawca oddelegowanego pracownika ma obowiązek poinformować instytucję właściwą państwa wysyłającego o wszelkich zmianach, które zaszły w okresie oddelegowania, a w szczególności:

- czy oddelegowanie lub przedłużenie oddelegowania będące przedmiotem wniosku doszło do skutku,
- czy okres oddelegowania został przerwany, chyba że przerwa w działalności pracownika na rzecz przedsiębiorstwa w państwie zatrudnienia ma charakter wyłącznie tymczasowy,
- czy oddelegowany pracownik został przeniesiony przez swojego pracodawcę do innego przedsiębiorstwa w państwie zatrudnienia.

W dwóch pierwszych przypadkach pracodawca zwraca niniejszy formularz instytucji właściwej państwa wysyłającego.

#### UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Patrz: informacja w punkcie a) „**Informacja dla pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek**”
- (3) Proszę podać wszystkie nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Proszę podać wszystkie imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (5) W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Belgii** proszę podać krajowy numer ubezpieczenia społecznego (INSS).  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Republiki Czeskiej** proszę podać czeski numer urodzenia.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Danii** proszę podać numer CPR.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Hiszpanii** proszę podać numer ubezpieczenia społecznego.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Włoch** proszę podać włoski numer identyfikacji podatkowej.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Litwy** proszę podać krajowy numer rejestracyjny oraz krajowy numer polisy ubezpieczenia społecznego.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Luksemburga** proszę podać numer ubezpieczenia społecznego pracownika (CCSS).  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Malty** proszę podać maltański numer ubezpieczenia społecznego.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Niderlandów** proszę podać numer SOFI.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Polski** proszę podać numery PESEL i NIP lub w przypadku ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Słowenii** proszę podać numer ZZS.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu **Słowacji** proszę podać słowacki numer urodzenia.
- (6) Proszę podać jak najwięcej informacji, aby ułatwić identyfikację pracodawcy lub przedsiębiorstwa osoby prowadzącej działalność na własny rachunek.  
W przypadku statku proszę podać nazwę i numer rejestracyjny statku.  
W przypadku **Belgii**, w przypadku pracowników najemnych proszę podać numer przedsiębiorstwa pracodawcy (numéro d'entreprise/ ondernemingsnummer/—Unternehmensnummer) oraz, w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek, numer rejestracyjny VAT.  
W przypadku **Republiki Czeskiej** proszę podać numer identyfikacyjny (IČ).  
W przypadku **Danii** proszę podać numer CVR.  
W przypadku **Niemiec** proszę podać numer „Betriebsnummer des Arbeitgebers”.  
W przypadku **Hiszpanii** proszę podać numer „Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC” (numer konta składek pracodawcy).  
W przypadku **Francji** proszę podać numer SIRET.  
W przypadku **Luksemburga** proszę podać numer rejestracyjny zabezpieczenia społecznego pracodawcy, a w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek numer zabezpieczenia społecznego (CCSS).  
W przypadku **Węgier** proszę podać numer rejestracyjny ubezpieczenia społecznego pracodawcy, a w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek numer identyfikacyjny firmy prywatnej.  
W przypadku **Malty** proszę podać, w przypadku obywateli maltańskich, numer dowodu osobistego lub w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż maltańskie maltański numer ubezpieczenia społecznego.  
W przypadku **Polski** proszę podać numer NUSP, jeżeli taki istnieje, lub numery NIP i REGON w punkcie 3.6 oraz numery PESEL i NIP lub w przypadku ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu w punkcie 6.2.  
W przypadku **Słowenii** proszę podać numer rejestracyjny pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek.  
W przypadku **Słowacji** proszę podać numer identyfikacyjny firmy (IČO).  
W przypadku pracowników podlegających **fińskiemu** ustawodawstwu w zakresie wypadków przy pracy proszę podać nazwę właściwej instytucji ubezpieczenia wypadkowego.  
W przypadku **Norwegii** proszę podać numer organizacji.
- (7) Okres ten nie może być dłuższy niż 24 miesiące od daty rozpoczęcia oddelegowania lub działalności na własny rachunek.
- (8) Dwa egzemplarze należy przekazać wnioskującemu, a jeden wysłać do wyznaczonej instytucji w państwie, w którym przedsiębiorstwo posiada swoją zarejestrowaną siedzibę.



KORZYSTANIE Z PRAWA WYBORU

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 16 ust. 2 i 3  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 13 ust. 2 i 3; art. 14 ust. 1 i 2

Po wypełnieniu części A formularza, zgodnie z punktami a) i b) pouczenia, osoba ubezpieczona powinna go doręczyć lub przesłać zgodnie z punktami a) i c) pouczenia. Instytucja otrzymująca formularz powinna wypełnić część B i zwrócić jeden egzemplarz formularza osobie ubezpieczonej.

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 3 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

A. Opcja

1. Ja, niżej podpisany/podpisana

1.1 Nazwisko(-a)<sup>(2)</sup>: .....

1.2 Imię (imiona)<sup>(3)</sup>: .....

1.3 Poprzednie imiona i nazwiska: .....

1.4 Data urodzenia: ..... 1.5. Obywatelstwo: .....

1.6 Osobisty numer identyfikacyjny<sup>(4)</sup>: .....

2. Zatrudniony(-a) od: .....
- 2.1<sup>(4)</sup>  w charakterze: ..... w misji dyplomatycznej lub placówce konsularnej  
wymienionej poniżej: .....
- 2.2<sup>(4)</sup>  w charakterze: .....  
w ramach personelu prywatnego następującego pracodawcy<sup>(5)</sup>: .....  
przedstawiciela misji dyplomatycznej lub placówki konsularnej wymienionej poniżej: .....
- 2.3  jako członek personelu pomocniczego Wspólnot Europejskich

3. Niniejszym decyduję, że w zakresie zabezpieczenia społecznego chcę podlegać ustawodawstwu
- 3.1 <sup>(6)</sup>  państwa, którego jestem obywatelem/obywatelką
- 3.2 <sup>(6)</sup>  państwa, którego ustawodawstwu ostatnio podlegałem/podlegałam, tzn. ustawodawstwu
- |                                     |   |                                    |                                      |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Belgii     | <input type="checkbox"/> Republiki Czeskiej | <input type="checkbox"/> Danii     | <input type="checkbox"/> Niemiec     | <input type="checkbox"/> Estonii                 |
| <input type="checkbox"/> Grecji     | <input type="checkbox"/> Hiszpanii          | <input type="checkbox"/> Francji   | <input type="checkbox"/> Irlandii    | <input type="checkbox"/> Włoch                   |
| <input type="checkbox"/> Cypru      | <input type="checkbox"/> Łotwy              | <input type="checkbox"/> Litwy     | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Węgier                  |
| <input type="checkbox"/> Malty      | <input type="checkbox"/> Niderlandów        | <input type="checkbox"/> Austrii   | <input type="checkbox"/> Polski      | <input type="checkbox"/> Słowenii                |
| <input type="checkbox"/> Portugalii | <input type="checkbox"/> Słowacji           | <input type="checkbox"/> Finlandii | <input type="checkbox"/> Szwecji     | <input type="checkbox"/> Zjednoczonego Królestwa |
| <input type="checkbox"/> Islandii   | <input type="checkbox"/> Liechtensteinu     | <input type="checkbox"/> Norwegii  | <input type="checkbox"/> Szwajcarii  |  |

4. Miejsce i data: .....
5. Podpis: .....

6. Organ Wspólnot Europejskich, który zawarł umowę z członkiem personelu pomocniczego

6.1 Nazwa instytucji: .....

6.2 Adres: .....

6.3 Pieczęć ..... 6.4 Data: .....

6.5 Podpis: .....

**B. Deklaracja**

7. Przyjmujemy do wiadomości, że pracownik wymieniony w punkcie 1 podlega ustawodawstwu<sup>(6)</sup>

- |                                   |   |                                    |                                      |  |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Belgii   | <input type="checkbox"/> Republiki Czeskiej | <input type="checkbox"/> Danii     | <input type="checkbox"/> Niemiec     | <input type="checkbox"/> Estonii                 |
| <input type="checkbox"/> Grecji   | <input type="checkbox"/> Hiszpanii          | <input type="checkbox"/> Francji   | <input type="checkbox"/> Irlandii    | <input type="checkbox"/> Włoch                   |
| <input type="checkbox"/> Cypru    | <input type="checkbox"/> Łotwy              | <input type="checkbox"/> Litwy     | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Węgier                  |
| <input type="checkbox"/> Malty    | <input type="checkbox"/> Niderlandów        | <input type="checkbox"/> Austrii   | <input type="checkbox"/> Polski      | <input type="checkbox"/> Portugalii              |
| <input type="checkbox"/> Słowenii | <input type="checkbox"/> Słowacji           | <input type="checkbox"/> Finlandii | <input type="checkbox"/> Szwecji     | <input type="checkbox"/> Zjednoczonego Królestwa |
| <input type="checkbox"/> Islandii | <input type="checkbox"/> Liechtensteinu     | <input type="checkbox"/> Norwegii  | <input type="checkbox"/> Szwajcarii  |  |

7.1 od dnia: .....

7.2 przez okres, który pozostaje w zatrudnieniu wskazanym w części A niniejszego formularza<sup>(7)</sup>

8.	Instytucja wyznaczona przez władzę właściwą	
8.1	Nazwa instytucji: .....	
8.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
8.3	Adres: .....	
8.4	Pieczęć	8.5 Data: .....
		8.6 Podpis: .....

**Do personelu misji dyplomatycznych lub placówek konsularnych oraz ich prywatnego personelu domowego**

- a) Po wypełnieniu części A formularza, z wyłączeniem sekcji 6, należy przekazać jeden egzemplarz pracodawcy, a dwa egzemplarze należy przesłać do instytucji wyznaczonej przez władzę właściwą Państwa, którego ustawodawstwo Pan/Pani wybrał/wybrała, tj.:
- w **Belgii** do „Office national de sécurité sociale” (Krajowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Bruksela;
  - w **Republice Czeskiej** do „Česká správa sociálního zabezpečení” (Czeski Organ ds. Zabezpieczenia Społecznego) w Pradze;
  - w **Danii** do „Den Sociale Sikringsstyrelse” (Krajowy Urząd Zabezpieczenia Społecznego) w Kopenhadze;
  - w **Niemczech** do oddziału „Krankenkasse” w Bonn (Kasa Chorych) wybranego przez osobę ubezpieczoną;
  - w **Estonii** do „Sotsiaalkindlustusamet” (Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych), w Tallinie;
  - w **Grecji** do regionalnego lub lokalnego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA);
  - w **Hiszpanii** do „Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social” (Centralna Kasa Zabezpieczenia Społecznego – Ministerstwo Pracy i Zabezpieczenia Społecznego) w Madrycie;
  - w **Francji** do „Caisse primaire d’assurance-maladie” (Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych) w Paryżu;
  - w **Irlandii** do „Department of Social and Family Affairs” (Ministerstwo Spraw Społecznych i Rodzinnych) w Dublinie;
  - w **Włoszech** do właściwego lokalnego oddziału „Istituto nazionale della previdenza sociale INPS” (Narodowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego);
  - na **Cyprze** do „Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων” (Departament Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwo Pracy i Ubezpieczeń Społecznych), 1465 Lefkosia;
  - na **Łotwie** do „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Ubezpieczenia Społecznego);
  - na **Litwie** do „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba” (Krajowa Rada Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) w Wilnie;
  - w **Luksemburgu** do „Centre commun de la sécurité sociale” (Wspólne Centrum Zabezpieczenia Społecznego) w Luksemburgu;
  - na **Węgrzech** do „Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Regionalna Kasa Ubezpieczeń Chorobowych dla Pesztu i Stolicy) w Budapeszcie;
  - na **Malcie** do „Dipartiment tas-Sigurta Soċjali” (Departament Zabezpieczenia Społecznego) w Valletcie;
  - w **Niderlandach** do „Sociale Verzekeringsbank” (Bank Ubezpieczeń Społecznych) w Amstelveen;
  - w **Austrii** do właściwej instytucji ds. ubezpieczenia chorobowego;
  - w **Polsce** do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w Warszawie;
  - w **Portugalii** do „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social” (Departament Stosunków Międzynarodowych i Konwencji o Zabezpieczeniu Społecznym) w Lizbonie;
  - w **Słowenii** do właściwej jednostki regionalnej „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii);
  - na **Słowacji** „Sociálna poisťovňa” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) w Bratysławie;
  - w **Finlandii** do „Eläketurvakeskus” (Fińskie Centrum Emerytalno-Rentowe) w Helsinkach;
  - w **Szwecji** do „Försäkringskassan, Huvudkontoret” (Szwedzki Zakład Ubezpieczeń Społecznych, centrala) w Sztokholmie;
  - w **Zjednoczonym Królestwie** do Inland Revenue (Urząd Skarbowy), „Centre for Non-Residents” (Centrum dla Nierezydentów), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;
  - w **Islandii** do „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego) w Rejkiawiku;

w **Liechtensteinie** „Amt fur Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej) w Vaduz;

w **Norwegii** do „Folketrygdkontoret for utenlandssaker” (Krajowy Urząd Ubezpieczenia Społecznego dla Zagranicy) w Oslo;

w **Szwajcarii** do „Caisse fédérale de compensation” (Federalny Fundusz Kompensacyjny) w Bernie.

**Do organu Wspólnoty Europejskiej uprawnionego do zawierania umów o pracę z personelem pomocniczym**

- b) Jeżeli osoba zatrudniona jako członek personelu pomocniczego wyrazi życzenie skorzystania z prawa wyboru, upoważniony organ Wspólnot Europejskich musi zadbać, żeby osoba ta wypełniła część A formularza, z wyłączeniem punktu 6, który musi zostać wypełniony przez ten organ.
- c) Dwa egzemplarze formularza należy wysłać do instytucji wyznaczonej przez władzę właściwą Państwa Członkowskiego, którego ustawodawstwo wybrała osoba zainteresowana (patrz: punkt a) powyżej).

**UWAGI**

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę podać nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Belgii proszę podać krajowy numer rejestracyjny.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Hiszpanii proszę podać numer zabezpieczenia społecznego.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Malty proszę podać numer dowodu osobistego w przypadku obywatela Malty lub maltański numer zabezpieczenia społecznego w przypadku osób posiadających inne obywatelstwo.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Słowacji proszę podać słowacki numer urodzenia, jeżeli ma zastosowanie.  
W przypadku pracowników podlegających ustawodawstwu Polski proszę podać numery PESEL i NIP lub w przypadku ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
- (5) Proszę podać imię i nazwisko pracodawcy.
- (6) Proszę zaznaczyć krzyżykiem pole poprzedzające odpowiednie państwo. Należy pamiętać, że osoby zatrudnione w misjach dyplomatycznych i placówkach konsularnych oraz członkowie prywatnego personelu domowego przedstawicieli tych misji lub placówek mogą w zakresie zabezpieczenia społecznego wybrać tylko ustawodawstwo państwa, którego są obywatelami.
- (7) Pracownicy zatrudnieni w misjach dyplomatycznych lub placówkach konsularnych oraz członkowie prywatnego personelu domowego przedstawicieli tych misji lub placówek z prawa wyboru mogą skorzystać pod koniec każdego roku kalendarzowego.



**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SUMOWANIA OKRESÓW UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB ZAMIESZKANIA**

**Choroba – macierzyństwo – śmierć (zasitek) – inwalidztwo**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 9 ust. 2; art. 18 ust. 1; art. 38 ust. 1; art. 64

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 6 ust. 2; art. 16; art. 39 ust. 1 i 2; art. 79

Właściwa instytucja powinna wypełnić część A formularza i przesłać dwa egzemplarze do instytucji państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu ostatnio podlegała zainteresowana osoba. Ostatnia z wymienionych instytucji powinna wypełnić część B i odesłać formularz instytucji, od której go otrzymała. Jeżeli formularz jest wydawany na wniosek zainteresowanej osoby, instytucja wystawiająca formularz powinna wypełnić części A.2 oraz B i wydać go lub przesłać osobie zainteresowanej.

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 3 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

**Część A**

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz
1.1	Nazwa: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....
	.....

2.	Osoba ubezpieczona
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....
	Data urodzenia: .....
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....
2.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....
2.5	Od dnia wymienionego w punkcie 3.1 osoba ubezpieczona pracowała jako: <input type="checkbox"/> pracownik najemny <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek w <sup>(4)</sup> .....
2.6	<input type="checkbox"/> Nazwa ostatniego pracodawcy <input type="checkbox"/> Ostatnio prowadzona działalność na własny rachunek .....
	Adres: .....
	.....
2.7	<input type="checkbox"/> Poprzedni pracodawcy: [nazwa i adres] .....
	<input type="checkbox"/> Poprzednio prowadzone działalności na własny rachunek: .....
	.....
	.....
	.....
	.....

3. W celu rozpatrzenia wniosku złożonego przez wymienioną powyżej osobę ubezpieczoną, proszę wskazać przebyte przez tę osobę okresy ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania

3.1 od dnia .....

3.2 na mocy ustawodawstwa Waszego państwa, uprawniające do świadczeń z tytułu:

choroby i macierzyństwa<sup>(5)</sup>

śmierci (świadczenie)

inwalidztwa<sup>(6)</sup>

4. Instytucja właściwa

4.1 Nazwa: .....

4.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

4.3 Adres: .....

4.4 Pieczęć

4.5 Data: .....

4.6 Podpis

**Część B**

5. Osoba wskazana w punkcie 2

5.1  była ubezpieczona na wypadek choroby-macierzyństwa od daty podanej w punkcie 3.1 (7)

5.2  przebyła od dnia .....

6. następujące okresy ubezpieczenia lub zatrudnienia uprawniające do następujących świadczeń:  (5)

6.1 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.2 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.3 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.4 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.5 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.6 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.7 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.8 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.9 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

6.10 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7. następujące okresy zamieszkania:

7.1 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.2 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.3 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.4 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.5 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.6 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.7 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.8 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.9 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

7.10 od ..... do ..... (8) z tytułu (9) .....  (10)

8. Instytucja wypełniająca część B

8.1 Nazwa instytucji: .....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

8.4 Pieczęć

8.5 Data: .....

8.6 Podpis: .....

## UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz jako pierwsza: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Proszę podać nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Proszę określić państwo.
- (<sup>5</sup>) Tylko w przypadku gdy formularz jest adresowany do instytucji belgijskiej, francuskiej, greckiej, Liechtensteinu lub szwajcarskiej, proszę określić rodzaj ryzyka objętego ubezpieczeniem przy użyciu następujących kodów: N = świadczenia rzeczowe, E = świadczenia pieniężne.
- (<sup>6</sup>) Dla potrzeb instytucji francuskich i łotewskich.
- (<sup>7</sup>) Proszę wypełnić tylko wtedy, gdy instytucją właściwą jest instytucja belgijska.
- (<sup>8</sup>) Jeżeli zaświadczenie wydaje się dla instytucji belgijskiej, czeskiej, greckiej, łotewskiej, litewskiej, polskiej lub Liechtensteinu, proszę podać, czy okresy aktywności zawodowej zostały przebyte w charakterze pracownika najemnego, czy osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, używając następującego kodu: D = pracownik najemny; I = osoba prowadząca działalność na własny rachunek.  
Jeżeli zaświadczenie wydaje się dla instytucji niemieckiej, litewskiej, luksemburskiej lub polskiej, proszę wskazać okresy ubezpieczenia w punkcie 7, używając następujących kodów: P = ubezpieczenie obowiązkowe; F = ubezpieczenie dobrowolne.
- (<sup>9</sup>) Proszę określić rodzaj ryzyka objętego ubezpieczeniem używając następującego kodu:  
A = choroba lub macierzyństwo; B = śmierć (zasiłek); O = inwalidztwo.
- (<sup>10</sup>) Jeżeli instytucją właściwą jest instytucja cypryjska, niemiecka, irlandzka, węgierska, austriacka lub brytyjska, proszę zaznaczyć to pole krzyżykiem, jeżeli okres ubezpieczenia lub zamieszkania odpowiada okresowi rzeczywistego zatrudnienia, oraz określić rodzaj zatrudnienia lub prowadzenia działalności na własny rachunek.
-





**ZASWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH W RAZIE CHOROBY I MACIERZYŃSTWA DLA OSÓB  
ZAMIESZKAŁYCH W PAŃSTWIE INNYM NIŻ PAŃSTWO WŁAŚCIWE**

**Pracownicy najemni i osoby prowadzące działalność na własny rachunek oraz mieszkający z nimi członkowie ich rodzin;  
członkowie rodziny osoby bezrobotnej**

*Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 19 ust. 1 lit. a); art. 19 ust. 2; art. 25 ust. 3 ppkt i)*

*Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 17 ust. 1 i 4; art. 27 (pierwsze zdanie)*

*Institucja właściwa powinna wypełnić część A formularza i przesłać dwa egzemplarze osobie ubezpieczonej lub przesłać je – w razie potrzeby przez instytucję łącznikową – do instytucji miejsca zamieszkania, jeżeli formularz został sporządzony na wniosek tej instytucji. Instytucja ta niezwłocznie po otrzymaniu tych dwu egzemplarzy wypełnia część B i odsyła jeden egzemplarz do instytucji właściwej.*

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z 4 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

**A. Powiadomienie o uprawnieniu**

1.	Instytucja miejsca zamieszkania <sup>(2)</sup>	
1.1	Nazwa instytucji: .....	
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
1.3	Adres: .....	
1.4	Patrz: wasz formularz E 107 z dnia .....	

2.	Osoba ubezpieczona	
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....	
2.2	Imię (imiona) <sup>(4)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
2.4	Adres w państwie zamieszkania: .....	
2.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	
2.6	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> jest pracownikiem najemnym
2.7	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> prowadzi działalność na własny rachunek
2.8	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> jest pracownikiem przygranicznym (najemnym)
2.9	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> jest pracownikiem przygranicznym (prowadzącym działalność na własny rachunek)
2.10	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> jest bezrobotna

3.	Członek rodziny <sup>(5)</sup>	
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....	
3.2	Imię (imiona) <sup>(4)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
3.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
3.4	Adres w państwie zamieszkania: .....	
3.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	

4.1  Wyżej wymieniona osoba ubezpieczona oraz mieszkający z nią członkowie rodziny<sup>(6)</sup>

4.2  Członkowie rodziny<sup>(6)</sup> wyżej wymienionej osoby bezrobotnej

5. są uprawnieni do świadczeń rzeczowych w razie choroby i macierzyństwa

od dnia: .....

6. Osoby zainteresowane zachowują uprawnienia

6.1  do chwili unieważnienia niniejszego zaświadczenia

6.2  przez okres jednego roku, licząc od daty określonej w punkcie 5<sup>(7)</sup>

6.3  do dnia ..... włącznie<sup>(8)</sup>

7. Instytucja właściwa ds. ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego

7.1 Nazwa instytucji: .....

7.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

7.3 Adres: .....

.....

7.4 Pieczęć

7.5 Data: .....

7.6 Podpis: .....

.....

**B. Powiadomienie o rejestracji<sup>(9)</sup>**

8.

8.1  Osoba ubezpieczona wymieniona w punkcie 2 oraz członkowie jej rodziny

8.2  Członkowie rodziny osoby bezrobotnej wymienieni w punkcie 3

8.3  zostali zarejestrowani w naszej instytucji w dniu .....

8.4  nie mogą zostać zarejestrowani w naszej instytucji z powodu .....

.....

9.

9.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup>	Imię (imiona) <sup>(4)</sup>	Poprzednie imiona i nazwiska	Data urodzenia	Osobisty numer identyfikacyjny
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Instytucja miejsca zamieszkania

10.1 Nazwa instytucji: .....

10.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

10.3 Adres: .....

.....

10.4 Pieczęć

10.5 Data: .....

10.6 Podpis: .....

.....

### Informacja dla osoby ubezpieczonej

- a) Niniejsze zaświadczenie uprawnia Pana/Panią i członków Pana/Pani rodziny do uzyskania świadczeń rzeczowych w razie choroby lub macierzyństwa. Jeżeli jest Pan/Pani osobą bezrobotną, niniejszy formularz Pana/Pani nie dotyczy; jest on przeznaczony wyłącznie dla członków Pana/Pani rodziny zamieszkujących w państwie członkowskim innym niż państwo, w którym jest Pan/Pani ubezpieczony/a.
- b) Obydwa egzemplarze formularza, które Pan/Pani posiada, należy jak najszybciej złożyć w instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego w miejscu Pana/Pani zamieszkania. W przypadku osoby bezrobotnej, formularz muszą złożyć członkowie jej rodziny w instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego w miejscu zamieszkania tych osób.
- c) Instytucjami ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego są:
- w **Belgii** wybrana „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);
  - w **Republice Czeskiej** „Zdravotní pojišťovna” wybrany Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnego w miejscu zamieszkania;
  - w **Danii** władze miejskie w miejscu zamieszkania;
  - w **Niemczech** wybrana przez osobę ubezpieczoną „Krankenkasse” (Kasa Chorych);
  - w **Estonii** „Eesti Haigekassa” (Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);
  - w **Grecji** regionalny lub lokalny oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA). Oddział wydaje zainteresowanej osobie „książeczkę zdrowia”, bez której nie można uzyskać żadnych świadczeń rzeczowych;
  - w **Hiszpanii** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani świadczeń, należy się zwrócić do placówki służby zdrowia lub szpitala podlegającego hiszpańskiemu systemowi zabezpieczenia społecznego. Formularz należy złożyć razem z kserokopią;
  - w **Francji** „Caisse primaire d'assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);
  - w **Irlandii** lokalne biuro ds. opieki zdrowotnej podległe „Health Service Executive” (Kierownictwo Służb Zdrowotnych);
  - w **Włoszech** „Unità sanitaria locale” (ASL, lokalna jednostka administracji medycznej) odpowiedzialna za dany obszar. W przypadku marynarzy i personelu latającego lotnictwa cywilnego „Ministero della Sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea” (Ministerstwo Zdrowia, regionalne biuro ds. zdrowia pracowników marynarki lub lotnictwa cywilnego);
  - na **Cyprze** „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia). Na wniosek osoby zainteresowanej otrzymuje ona cypryjską kartę medyczną, bez której nie można uzyskać świadczeń rzeczowych w państwowych placówkach służby zdrowia;
  - na **Łotwie** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);
  - na **Litwie** „Okręgowy Fundusz ds. Pacjentów”, instytucje ds. ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego);
  - w **Luksemburgu** „Caisse de maladie des ouvriers” (Fundusz Chorobowy Robotników);
  - na **Węgrzech** właściwa „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Wojewódzka Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych).
  - na **Malcie** „Entitlement Unit, Ministry of Health” (Jednostka ds. Uprawnień, Ministerstwo Zdrowia), 23, John Street, Valletta;
  - w **Niderlandach** dowolna kasa chorych właściwa dla miejsca zamieszkania;
  - w **Austrii** „Gebietskrankenkasse” (Regionalny Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych) właściwy dla miejsca zamieszkania;
  - w **Polsce** oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla miejsca zamieszkania;
  - w **Portugalii, w części kontynentalnej** „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Okręgowe Centrum Solidarności i Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania; na **Maderze** „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum Zabezpieczenia Społecznego Madery) w Funchal; na **Azorach** „Centro de Prestações Pecuniárias” (Centrum Świadczeń Pieniężnych) w miejscu zamieszkania;
  - w **Słowenii** „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii);
  - na **Słowacji** „zdravotná poisťovňa” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych), które wybrała osoba ubezpieczona;
  - w **Finlandii** lokalne biuro „Kansaneläkelaitos” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych);
  - w **Szwecji** „Försäkringskassan” (lokalny Zakład Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania;
  - w **Zjednoczonym Królestwie** odpowiednio: „Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre”, (Ministerstwo Pracy, Emerytura i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne lub dla Irlandii Północnej: „Department for Social Development, Overseas Benefits Branch” (Ministerstwo Rozwoju Społecznego Irlandii Północnej, Wydział Świadczeń Zamorskich), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
  - w **Islandii** „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego) Reykjavík;
  - w **Liechtensteinie** „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej), Vaduz;
  - w **Norwegii** „lokale trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń) w miejscu zamieszkania;
  - w **Szwajcarii** „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.
- d) Niniejszy formularz jest ważny od dnia podanego w punkcie 5 i przez okres wskazany w punkcie 6 przez postawienie krzyżyka we właściwym kwadracie.
- e) Pan/Pani lub członkowie rodziny są zobowiązani poinformować instytucję, w której formularz został złożony, o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na uprawnienia do świadczeń rzeczowych, takich jak rozwiązanie lub zmiana stosunku pracy, zmiana miejsca zamieszkania lub pobytu Pana/Pani lub członka rodziny.

## UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Proszę wypełnić tylko w przypadku gdy formularz jest sporządzany na wniosek instytucji w miejscu zamieszkania.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać nazwiska w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>5</sup>) Proszę wypełnić tylko jeżeli formularz dotyczy członków rodziny osoby bezrobotnej. Proszę wpisać tylko jednego członka rodziny dla potrzeb rejestracji, jeżeli ustawodawstwo państwa zamieszkania określa, którzy członkowie rodziny są uprawnieni do świadczeń.
- (<sup>6</sup>) Ustawodawstwo państwa zamieszkania określa którzy członkowie rodziny są uprawnieni do świadczeń.
- (<sup>7</sup>) Jeżeli formularz jest wystawiany przez instytucję niemiecką, francuską, włoską lub portugalską.
- (<sup>8</sup>) Jeżeli formularz jest wystawiany przez instytucję grecką, węgierską lub Zjednoczonego Królestwa dla pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek.
- (<sup>9</sup>) Jeżeli niniejszy formularz jest przedłużeniem wcześniej złożonego zaświadczenia, nie trzeba wypełniać części B.

WNIOSEK O POTWIERDZENIE UPRAWNIEN DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art 19 ust. 1 lit. a); art. 19 ust. 2; art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i), lit. b) ppkt i) oraz lit. c) ppkt i), art. 22 ust. 3; art. 25 ust. 1 lit. a) oraz ust. 3 ppkt i); art. 26 ust. 1; art. 28 ust. 1 lit. a); art. 29 ust. 1 lit. a); art. 31 lit. a); art. 52 lit. a); art. 55 ust. 1 lit. a) ppkt i), lit. b) ppkt i) oraz lit. c) ppkt i)  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 17 ust. 1; art. 21 ust. 1; art. 22 ust. 1 i 3; art. 23; art. 27 zdanie pierwsze; art. 28; art. 29 ust. 1 i 2; art. 30 ust. 1; art. 31 ust. 1 i 3; art. 60 ust. 1; art. 62 ust. 3, 4 i 7; art. 63 ust. 1 i 3

Institucja miejsca zamieszkania lub pobytu powinna wypełnić część A i odesłać dwa egzemplarze formularza do instytucji właściwej, z uwzględnieniem przepisów wspomnianych powyżej artykułów rozporządzenia nr 574/72. Jeżeli instytucja uważa, że nie jest w stanie przesłać wymaganego formularza, powinna wypełnić część B i odesłać jeden z dwóch egzemplarzy do instytucji, od której je otrzymała. Jeżeli właściwym państwem jest Belgia, formularz należy wysłać do instytucji ubezpieczenia chorobowego, z wyjątkiem sytuacji kiedy formularz dotyczy stwierdzonego wypadku przy pracy lub choroby uznanej za chorobę zawodową.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wy kropkowanych. Formularz składa się z 4 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

A. Wypełnia instytucja w miejscu zamieszkania lub pobytu

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz	
1.1	Nazwa instytucji: .....	
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
1.3	Adres: .....	
	.....	

2.	<input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona	
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	
2.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
2.4	Adres: .....	
2.5	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(4)</sup> : .....	
2.6	<input type="checkbox"/> Osoba uprawniona do emerytury/renty z tytułu	<input type="checkbox"/> Osoba wnioskująca o
	<input type="checkbox"/> wieku	<input type="checkbox"/> inwalidztwa
	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> choroby za wodowej
2.7	Instytucja odpowiedzialna za wypłacenie renty/emerytury .....	
	.....	

3.	<input type="checkbox"/> Ostatni pracodawca <sup>(5)</sup>	<input type="checkbox"/> Ostatnio prowadzona działalność na własny rachunek <sup>(5)</sup>
3.1	Nazwa instytucji: .....	
3.2	Adres: .....	
3.3	Rodzaj działalności <sup>(6)</sup> : .....	
3.4	Instytucja ubezpieczeń z tytułu wypadków przy pracy, w której ubezpieczony jest pracodawca <sup>(7)</sup> .....	
	.....	
	.....	



**B. Wypełnia instytucja właściwa**

10.

10.1  Przesyłamy wyżej wymieniony formularz. Prosimy o odesłanie nam odpowiednio wypełnionego i podpisanego egzemplarza<sup>(11)</sup>.

10.2  Nie możemy wystawić dokumentu, o który wnioskujecie się w części A, ponieważ:

.....  
.....

11.

Instytucja właściwa

11.1 Nazwa instytucji: .....

11.2 Numer identyfikacyjny instytucji:

11.3 Adres: .....

.....  
.....

11.4 Pieczęć

11.5 Data:

.....

11.6 Podpis:

.....

## UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Dla potrzeb instytucji włoskich proszę podać „kod fiskalny”.  
Dla potrzeb instytucji maltańskich proszę podać w przypadku obywateli maltańskich numer dowodu osobistego lub, w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż maltańskie, maltański numer ubezpieczenia społecznego.  
Dla potrzeb instytucji słowackich proszę podać słowacki numer urodzenia, jeżeli ma zastosowanie.  
Dla potrzeb instytucji hiszpańskich proszę podać w przypadku obywateli hiszpańskich numer DNI oraz, w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż hiszpańskie, numer NIE. Jeżeli okres ważności DNI lub NIE wygaś, proszę wpisać „brak”.
- (5) Proszę wypełnić tylko wtedy, gdy formularz dotyczy pracownika najemnego lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek lub bezrobotnego.
- (6) Proszę wypełnić tylko wtedy, gdy formularz dotyczy pracownika najemnego, co do którego zakłada się, że doznał wypadku przy pracy.
- (7) W Hiszpanii: „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) lub „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu ds. Marynarki), w przypadku specjalnego systemu ubezpieczeń dla marynarzy.
- (8) Proszę wypełnić tylko w przypadku członków rodziny, dla których wystąpiono o świadczenia lub złożono wnioski o rejestrację. Dla celów rejestracji proszę wskazać tylko jednego członka rodziny.
- (9) Proszę wypełnić tylko wtedy, gdy adres członków rodziny jest różny od adresu głowy rodziny.
- (10) Należy załączyć tylko w razie potrzeby. W takim wypadku proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole.
- (11) Dla potrzeb instytucji niderlandzkich i szwajcarskich oraz tam gdzie rodzaj odsyłanego formularza na to pozwala.

\_\_\_\_\_



POWIADOMIENIE O ZAWIESZENIU LUB POZBAWIENIU UPRAWNIENÍ DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH  
W RAZIE CHOROBY I MACIERZYŃSTWA

Osoby zamieszkale w państwach innych niż państwo właściwe

Rozporządzenie (EWG) nr Rozp. 1408/71: art. 19 ust. 1 lit. a) i ust. 2; art. 25 ust. 3 ppkt i); art. 26 ust. 1; art. 28 ust. 1 lit .a); art. 29 ust. 1 lit. a)  
Rozporządzenie (EWG) Rozp. nr 574/72: art. 17 ust. 2 i 3; art. 27; art. 28; art. 29 ust. 5; art. 30; art. 94 ust. 4; art. 95 ust. 4

Institucja właściwa lub instytucja miejsca zamieszkania powinna wypełnić część A formularza i odesłać dwa egzemplarze do instytucji miejsca zamieszkania lub do instytucji właściwej (lub odpowiednio za pośrednictwem instytucji łącznikowej). Instytucja otrzymująca formularz powinna wypełnić część B formularza i zwrócić jeden egzemplarz instytucji wysyłającej.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z 3 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

A. Powiadomienie

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz	
1.1	Nazwa instytucji: .....	
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
1.3	Adres: .....	
	.....	
2.	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny <input type="checkbox"/> Pracownik przygraniczny (najemny)	
	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Pracownik przygraniczny (prowadzący działalność na własny rachunek)	
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	
	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system ubezpieczeń dla pracowników najemnych)	
	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system ubezpieczeń dla osób prowadzących działalność na własny rachunek)	
	<input type="checkbox"/> Osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę	
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	
2.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
2.4	Adres w państwie zamieszkania: .....	
2.5	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(4)</sup> : .....	
3.	Członek rodziny <sup>(5)</sup>	
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	
3.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
3.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
3.4	Adres w państwie zamieszkania: .....	
3.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	

4. Uprawnienie do świadczeń potwierdzone na naszym  waszym  formularzu ..... z dnia ..... zostało zawieszono lub cofnięte z następujących powodów:
- 4.1  Ubezpieczenie wymienionej wyżej osoby ubezpieczonej wygasło w dniu .....
- 4.2 Żaden z zarejestrowanych członków rodziny osoby ubezpieczonej nie zamieszkiwał w naszym  waszym  państwie od dnia: .....
- 4.3 Emerytura/renta wymienionego wyżej emeryta/rencisty została zawieszona lub cofnięta od dnia .....
- 4.4 Osoba uprawniona do świadczeń wymieniona w punkcie 2  
lub
- Członek rodziny wymieniony w punkcie 3
- nie zamieszkiwał w naszym  waszym  państwie od dnia ..... (data)
- zmarł dnia ..... (data)
- 4.5  Członek rodziny wymieniony w punkcie 3 nie spełniał wymogów ustawodawstwa w państwie zamieszkania od dnia .....
- 4.6  (°).....

5.  Instytucja właściwa  Instytucja miejsca zamieszkania

5.1 Nazwa instytucji: .....

5.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

5.3 Adres: .....

5.4 Pieczęć 5.5 Data: .....

5.6 Podpis: .....

## B. Potwierdzenie odbioru

6. Otrzymaliśmy powyższe powiadomienie (część A) w dniu .....
7.  Rejestracja osoby (osób) wskazanej(-ych) w części A wygasła w dniu .....
- Potwierdzamy zawieszenie lub cofnięcie uprawnienia do świadczeń, jak określono w punkcie 4, od dnia .....

8.  Instytucja właściwa  Instytucja w miejscu zamieszkania

8.1 Nazwa instytucji: .....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

8.4 Pieczęć 8.5 Data: .....

8.6 Podpis: .....

## UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Dla potrzeb instytucji włoskich proszę podać „kod fiskalny”.  
Dla potrzeb instytucji maltańskich proszę podać w przypadku obywateli maltańskich numer dokumentu tożsamości, a w przypadku osób posiadających obywatelstwo inne niż maltańskie maltański numer ubezpieczenia społecznego.  
Dla potrzeb instytucji słowackich proszę podać słowacki numer urodzenia, jeżeli ma zastosowanie.  
Dla potrzeb instytucji hiszpańskich proszę podać w przypadku obywateli hiszpańskich numer DNI oraz, w przypadku obywateli innych niż hiszpańscy, numer NIE. Jeżeli okres ważności DNI lub NIE wygasł, proszę wpisać „brak”.
- (5) Proszę wypełnić w przypadku gdy wygaśnięcie uprawnień ma wpływ na członków rodziny.
- (6) Powód zawieszenia/cofnięcia należy podać, używając jednej z poniższych liter:  
a) Emeryt/rencista podjął zatrudnienie w państwie zamieszkania.  
b) Członek rodziny podjął zatrudnienie w państwie zamieszkania.  
c) Nie opłacano składek.  
d) Inne.
-



**ZAŚWIADCZENIE DLA POTRZEB REJESTRACJI CZŁONKÓW RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ ORAZ AKTUALIZACJI WYKAZÓW**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/7: art. 19 ust. 2

Rozporządzenie (EWG) nr 574/74: art. 17 ust. 1, 2, 3 i 4; art. 94 ust. 4

*Institucja właściwa powinna wypełnić część A formularza i przesłać dwa egzemplarze osobie ubezpieczonej lub przesłać je – w razie potrzeby za pośrednictwem instytucji łącznikowej – do instytucji w miejscu zamieszkania, jeżeli formularz został sporządzony na wniosek tej instytucji. Jeżeli członkowie rodziny osoby ubezpieczonej mieszkają w Zjednoczonym Królestwie, instytucja właściwa powinna wysłać dwa egzemplarze do Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Po otrzymaniu dwóch egzemplarzy instytucja miejsca zamieszkania powinna wypełnić część B i odesłać jeden egzemplarz instytucji właściwej. Jeżeli członkowie rodziny mieszkają w różnych państwach, dla każdego z tych państw należy wystawić osobne zaświadczenie*

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.**

**Formularz składa się z 4 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

**A. Powiadomienie o uprawnieniu**

1.	Institucja miejsca zamieszkania <sup>(2)</sup>
1.1	Nazwa instytucji: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....
1.4	Patrz: wasz formularz E 107 z dnia: .....

2.	Osoba ubezpieczona
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Imię (imiona) <sup>(4)</sup> : ..... Data urodzenia: .....
2.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....
2.4	Adres: .....
2.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....
2.6	Osoba ubezpieczona <input type="checkbox"/> jest osobą prowadzącą działalność na własny rachunek

3.	Członek rodziny
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Imię (imiona) <sup>(4)</sup> : ..... Data urodzenia: .....
3.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....
3.4	Adres: .....
3.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....

4. Członkowie rodziny wyżej wymienionej osoby ubezpieczonej są uprawnieni do świadczeń rzeczowych w razie choroby i macierzyństwa, chyba że

są już uprawnieni do takich świadczeń na mocy ustawodawstwa państwa zamieszkania<sup>(5)</sup>

prowadzą działalność zawodową lub handlową<sup>(5)</sup>

5. Uprawnienie takie przysługuje od dnia: .....

6. i trwa

6.1  do chwili unieważnienia niniejszego zaświadczenia

6.2  przez okres jednego roku, licząc od daty wymienionej w punkcie 5<sup>(6)</sup>

6.3  do czasu zakończenia pracy sezonowej, tj. do

6.4  do dnia<sup>(7)</sup> ..... włącznie.

7.  Prosimy o zwrot Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanej osobie wymienionej w sekcji 3, o numerze ..... , ważnej do .....

8. Instytucja właściwa

8.1 Nazwa instytucji: .....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

8.4 Pieczęć

8.5 Data: .....

8.6 Podpis: .....

**B. Powiadomienie o rejestracji<sup>(8)</sup>**

9.  <sup>(9)</sup>

Następujący członkowie rodziny nie zostali zarejestrowani:

	Nazwiska <sup>(3)</sup>	Imiona <sup>(4)</sup>	Data urodzenia	Osobisty numer identyfikacyjny
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

z powodu

nie są uprawnieni do świadczeń

są już uprawnieni do świadczeń rzeczowych

inne powody

10.  <sup>(9)</sup>

Następujący członkowie rodziny osoby ubezpieczonej wymienionej w punkcie 2 zostali zarejestrowani:

	Nazwiska <sup>(3)</sup>	Imiona <sup>(4)</sup>	Data urodzenia	Osobisty numer identyfikacyjny
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
10.10	Koszt tych świadczeń ponosi wasza instytucja. Data, od której należy naliczać kwotę ryczałtową określoną w art. 94 rozporządzenia nr 574/72, to .....			

11.	Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego		
11.1	<input type="checkbox"/>	Dołączono Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego o numerze: ....., zgodnie z wnioskiem w sekcji 7.	
11.2	<input type="checkbox"/>	Proszę wskazać środki, które mają być zastosowane, dotyczące Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanej osobie wymienionej w sekcji 3, o numerze ....., ważnej do: .....	
12.	Instytucja miejsca zamieszkania		
12.1	Nazwa instytucji: .....		
12.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
12.3	Adres: .....		
12.4	Pieczęć	12.5	Data: .....
		12.6	Podpis: .....

### Informacja dla osoby ubezpieczonej

- a) Niniejszy formularz umożliwia członkom Pana/Pani rodziny korzystanie ze świadczeń rzeczowych w razie choroby lub macierzyństwa w państwie, w którym mieszkają i na mocy ustawodawstwa tego państwa, chyba że są już uprawnieni do takich świadczeń na mocy tego ustawodawstwa.
- b) Niezależnie po otrzymaniu obydwu egzemplarzy formularza należy przekazać je członkom rodziny, którzy powinni **natychmiast** złożyć je w instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego miejsca zamieszkania, tj.:

w Belgii w wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);

w Republice Czeskiej w „Zdravotní pojišťovna” (wybrany Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych) w miejscu zamieszkania;

w Danii u władz miejskich w miejscu zamieszkania;

w Niemczech w „Krankenkasse” (Kasa Chorych) wybranej przez osobę ubezpieczoną;

w Estonii w „Eesti Haigekassa” (Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);

w Grecji zwykle w regionalnym lub lokalnym oddziale instytutu ubezpieczeń społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie książeczkę zdrowia, uprawniającą do świadczeń rzeczowych;

w Hiszpanii w „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Państwowej Instytucji Zabezpieczenia Społecznego);

w Francji w „Caisse primaire d'assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);

w Irlandii w lokalnym biurze „Health Service Executive” (Kierownictwo Służb Zdrowotnych);

w Włoszech zazwyczaj w „Unità sanitaria locale” (ASL, lokalna jednostka administracji medycznej) odpowiedzialnej za dany obszar;

na Cyprze w „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia), instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego; na wniosek osoba zainteresowana otrzyma cypryjską kartę medyczną, bez której nie można uzyskać świadczeń rzeczowych w państwowych placówkach służby zdrowia;

na Łotwie w „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);

na Litwie w „Okręgowym Funduszu ds. Pacjentów”, instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego;

w Luksemburgu do „Caisse de maladie des ouvriers” (Fundusz Chorobowy Robotników);

na Węgrzech, we właściwej „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Wojewódzka Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych);

na Malcie w „Entitlement Unit, Ministry of Health” (Jednostka ds. Uprawnień, Ministerstwo Zdrowia), 23, John Street, Valletta;

w Niderlandach w dowolnej kasie chorych właściwej dla miejsca zamieszkania;

w Austrii w „Gebietskrankenkasse” (Regionalny Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych) właściwym dla miejsca zamieszkania;

w Polsce w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym dla miejsca zamieszkania;

w Portugalii, w części kontynentalnej w „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Okręgowe Centrum Solidarności i Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania; na Maderze w „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum Zabezpieczenia Społecznego Madery) w Funchal; na Azorach w „Centro de Prestações Pecuñiárias” (Centrum Świadczeń Pieniężnych) w miejscu zamieszkania;

w Słowenii w jednostce regionalnej „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii);

na Słowacji w „zdravotná poisťovňa” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych), który wybrała osoba ubezpieczona;

w Finlandii w lokalnym biurze „Kansaneläkelaitos” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych);

w Szwecji w „Försäkringskassan” (Lokalna Kasa Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania;

w Zjednoczonym Królestwie w „Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre” (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne lub dla Irlandii Północnej w „Department for Social Development, Overseas Benefits Branch” (Ministerstwo Rozwoju Społecznego Irlandii Północnej, Wydział Świadczeń Zamorskich), Block 2, Castle Buildings, Belfast;

w Islandii w „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego) w Reykjavíku;

w Liechtensteinie w „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej) w Vaduz;

w Norwegii w „lokale trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń) w miejscu zamieszkania;

w Szwajcarii w „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.

- c) Niniejszy formularz jest ważny od dnia podanego w punkcie 5 i przez okres określony w punkcie 6 przez oznaczenie krzyżykiem właściwego pola.
- d) Pan/Pani oraz członkowie rodziny są zobowiązani do poinformowania instytucji o każdej zmianie ich sytuacji mogącej mieć wpływ na prawo do świadczeń rzeczowych, takie jak zakończenie lub zmiana stosunku pracy lub zmiana miejsca zamieszkania lub pobytu Pana/Pani lub rodziny.

## UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę wypełnić jedynie w przypadku, gdy formularz jest sporządzany na wniosek instytucji miejsca zamieszkania.
- (3) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (5) Proszę zaznaczyć pole krzyżykiem, jeżeli formularz adresowany jest do instytucji irlandzkiej lub Zjednoczonego Królestwa.
- (6) Jeżeli formularz jest wystawiany przez instytucję niemiecką, francuską, włoską lub portugalską.
- (7) Jeżeli formularz jest wystawiany przez instytucję grecką, węgierską lub Zjednoczonego Królestwa dla pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek.
- (8) Jeżeli niniejszy formularz jest wystawiany w celu przedłużenia uprzednio wystawionego zaświadczenia, które wygasło, instytucja miejsca zamieszkania nie musi wypełniać części B.
- (9) Proszę wypełnić punkt 9 lub 10, zależnie od przypadku, oraz zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole.

---



**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA PRAWA DO AKTUALNIE PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAZIE CHOROBY LUB MACIERZYŃSTWA**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 22 ust. 1 lit. b) ppkt i); art. 22 ust. 1 lit. c) ppkt i); art. 22 ust. 3; art. 22 lit. a); art. 31

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 22 ust. 1 i 3; art. 23; art. 31. ust. 1 i 3

Instytucja właściwa lub instytucja miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej, emeryta/rencisty lub członka rodziny powinna wystawić formularz dla osoby ubezpieczonej, emeryta/rencisty lub członka rodziny. Jeżeli osoba ubezpieczona lub emeryt/rencista udaje się do Zjednoczonego Królestwa, jeden egzemplarz formularza należy wysłać również do „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre” (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

**Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.**

**Formularz składa się z 2 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.**

1.	<input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby prowadzącej działalność na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista (pracownik najemny)	<input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rencisty (pracownik najemny)
	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)	<input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rencisty (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)
1.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Imię (imiona) <sup>(3)</sup> : .....	Data urodzenia: .....
1.3	Poprzednie imiona i nazwiska: .....	
1.4	Adres państwie właściwym: .....	
1.5	Adres w państwie, do którego udaje się osoba ubezpieczona: ..... .....	
1.6	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(4)</sup> : .....	
2.	Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do zachowania prawa do świadczeń rzeczowych	
	<input type="checkbox"/> w razie choroby lub macierzyństwa	<input type="checkbox"/> z tytułu ubezpieczenia od wypadków niebędących wypadkami przy pracy <sup>(5)</sup>
	w ..... (państwo), do którego się udaje	
2.1	<input type="checkbox"/> w celu zamieszkania	
2.2	<input type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia w <sup>(6)</sup> ..... ..... lub w innym zakładzie o podobnym charakterze, w przypadku niezbędnego ze względów medycznych przeniesienia w związku z tym leczeniem.	
2.3	<input type="checkbox"/> w celu przesłania próbek biologicznych do analizy, bez potrzeby obecności zainteresowanej osoby.	
3.	Świadczenia te można uzyskać, na podstawie niniejszego zaświadczenia, od dnia ..... do dnia ..... włącznie.	
4.	Orzeczenie naszego lekarza przeprowadzającego badanie	
4.1	<input type="checkbox"/> jest dołączone do niniejszego formularza w zapieczętowanej kopercie	
4.2	<input type="checkbox"/> zostało wysłane w dniu ..... do <sup>(7)</sup> .....	
4.3	<input type="checkbox"/> zostanie przez nas wysłane na życzenie	
4.4	<input type="checkbox"/> nie zostało wystawione	
5.	Instytucja właściwa	
5.1	Nazwa instytucji: .....	
5.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
5.3	Adres: .....	
5.4	Pieczęć	5.5 Data: .....
		5.6 Podpis: .....

### Pouczenie dla osoby zainteresowanej

Niniejszy formularz należy złożyć jak najszybciej w instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego w miejscu, do którego się Pan/Pani udaje, tj.:

w **Belgii** w wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);  
 w **Republice Czeskiej** w wybranym „Zdravotní pojišťovna” (wybrany Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych);  
 w **Danii** u prowadzącego leczenie, zazwyczaj u lekarza ogólnego, który skieruje Pana/Panią do specjalisty;  
 w **Niemczech** w „Krankenkasse” (Kasa Chorych) wybranej przez osobę ubezpieczoną;  
 w **Estonii** w „Eesti Haigekassa” (Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);  
 w **Grecji** zwykle w regionalnym lub w lokalnym oddziale instytutu ubezpieczeń społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie „książeczkę zdrowia”, uprawniającą do świadczeń rzeczowych;  
 w **Hiszpanii** w placówce usług medycznych/szpitalu systemu zdrowotnego objętego hiszpańskim ubezpieczeniem społecznym. Formularz należy złożyć razem z kserokopią.  
 we **Francji** w „Caisse primaire d'assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);  
 w **Irlandii** w lokalnym biurze „Health Service Executive” (Kierownictwo Służb Zdrowotnych);  
 we **Włoszech** zazwyczaj w „Unità sanitaria locale” (ASL, lokalna jednostka administracji medycznej) odpowiedzialnej za dany obszar;  
 na **Cyprze** w „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia);  
 na **Łotwie**, w „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);  
 na **Litwie** w „Okręgowym Funduszu ds. Pacjentów”, instytucja ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego;  
 w **Luksemburgu** w „Caisse de maladie des ouvriers” (Fundusz Chorobowy Robotników);  
 na **Węgrzech** u porządzającego leczenie;  
 na **Malcie** w prowadzącym leczenie zakładzie Państwowych Służb Zdrowotnych (lekarz, stomatolog, szpital, ośrodek zdrowia);  
 w **Niderlandach** w dowolnej kasie chorych właściwej dla miejsca zamieszkania lub w przypadku pobytu tymczasowego w „Agis zorgverzekeringen”, Utrecht;  
 w **Austrii** w „Gebietskrankenkasse” (Regionalny Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych) właściwy w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
 w **Polsce** w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym dla miejsca zamieszkania lub pobytu;  
 w **Portugalii, w części kontynentalnej** w „Administração Regional de Saúde” (Regionalna Admistracja Zdrowia) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
 na **Maderze** w „Centro de Saúde” (Ośrodek Zdrowia) w miejscu pobytu; na **Azorach** w „Centro de Saúde” (Ośrodek Zdrowia) w miejscu pobytu;  
 w **Słowenii** w jednostce regionalnej „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
 na **Słowacji** w „zdravotná poisťovňa” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych), które wybrała osoba ubezpieczona;  
 w **Finlandii** w lokalnym biurze „Kansaneläkelaitos” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych). Formularz należy przedstawić w gminnym ośrodku zdrowia lub w szpitalu publicznym prowadzącym leczenie;  
 w **Szwecji** w „Försäkringskassan” (lokalna Kasa Ubezpieczeń Społecznych). Formularz należy przedstawić w instytucji prowadzącej leczenie;  
 w **Zjednoczonym Królestwie** u służb medycznych (lekarz, stomatolog, szpital itd.) prowadzących leczenie;  
 w **Islandii** w „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Rejkjavik;  
 w **Liechtensteinie** w „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej), Vaduz;  
 w **Norwegii** w „lokale Trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń);  
 w **Szwajcarii** w „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn. Formularz należy przedstawić lekarzowi lub szpitalowi prowadzącemu leczenie.

### UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Proszę podać imiona w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Proszę podać numer osoby ubezpieczonej, jeżeli członek rodziny nie posiada osobistego numeru identyfikacyjnego.
- (5) Wypełnia instytucja francuska właściwa dla osób pracujących na własny rachunek w rolnictwie.
- (6) Wypełnić, o ile to możliwe.
- (7) Nazwa i adres instytucji, do której wysłano orzeczenie lekarskie.

WNIOSEK O ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art.19 ust.1 lit. b); art. 22 ust.1 lit. a) ppkt ii); art. 25 ust.1 lit. b); art. 52 lit. b); art. 55 ust.1 lit. a) ppkt ii)  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art.18 ust. 2 i 3; art. 24; art. 26 ust. 5 i 7; art. 61 ust. 2 i 3; art. 64

Jeżeli formularz wystawia się dla osoby ubezpieczonej aktualnie zatrudnionej, należy wypełnić tylko jeden egzemplarz i przesać go do instytucji właściwej w sprawach ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego lub ubezpieczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych. W przypadku gdy formularz dotyczy osoby bezrobotnej, należy wystawić dwa dodatkowe egzemplarze, z których jeden należy przesać do instytucji właściwej w sprawach ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a drugi do odpowiedniej instytucji w państwie, do którego udała się osoba bezrobotna w celu poszukiwania pracy.

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.

1.	Instytucja właściwa
1.1	Nazwa: .....
1.2	Adres: .....
1.3	Numer identyfikacyjny instytucji: .....

2.	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> : .....	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....	
2.2	Imiona: .....	Data urodzenia: .....	
2.3	Osobisty numer identyfikacyjny: .....		
2.4	jest w posiadaniu formularza E 119 wydanego w dniu: ..... <sup>(3)</sup> oraz formularza E 303 wydanego w dniu: ..... <sup>(3)</sup>		

3.	Pracodawca <sup>(4)</sup>
3.1	Nazwa pracodawcy lub firmy: .....
3.2	Adres: .....

A. <sup>(5)</sup> Wniosek o przyznanie świadczeń

4.	Osoba wymieniona w punkcie 2 złożyła wniosek w dniu ..... (data) o przyznanie świadczeń pieniężnych w związku z	
	<input type="checkbox"/> hospitalizacją w terminie od ..... do ..... (daty) w szpitalu lub ośrodku prewencyjnym lub rehabilitacyjnym <sup>(6)</sup>	
	<input type="checkbox"/> niezdolnością do pracy z powodu	
4.1	<input type="checkbox"/> choroby	<input type="checkbox"/> macierzyństwa (spodziewana data porodu: .....)
	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> wypadku zaistniałego w dniu: ..... (data)
	<input type="checkbox"/> choroby zawodowej	<input type="checkbox"/> adopcji <input type="checkbox"/> zmniejszonej rekompensaty z tytułu macierzyństwa i adopcji

5. Zaświadczenie lekarza prowadzącego  
 jest załączone  nie mogło być dostarczone

6. W opinii naszego lekarza orzecznika  którego orzeczenie jest załączone  
 którego orzeczenie zostanie przesłane w najbliższym możliwym terminie

6.1  niezdolność do pracy występuje od dnia: .....  
i prawdopodobnie będzie trwała do: .....

6.2  nie stwierdzono niezdolności do pracy <sup>(7)</sup>

7.  Uważa się, że osoba zainteresowana nie spełniła warunków przewidzianych w naszym ustawodawstwie z następujących powodów:  
.....  
.....

8.  Niezdolność do pracy została przypuszczalnie spowodowana wypadkiem, za który odpowiedzialność ponosi osoba trzecia.

8.1  Niezdolność do pracy została spowodowana innymi szczególnymi okolicznościami przedstawionymi w załączonej dokumentacji.

8.2  Protokół z tego wypadku wraz z adresem uczestniczącej strony trzeciej jest załączony do niniejszego formularza.

8.3  Inna dokumentacja dotycząca powodu niezdolności do pracy jest załączona do niniejszego formularza.

9.  Jesteśmy skłonni zapewnić świadczenia pieniężne osobie zainteresowanej w waszym imieniu. Prosimy o poinformowanie nas, czy wasza instytucja wyraża zgodę na taką procedurę i jeżeli tak, prosimy o dostarczenie wszelkich informacji niezbędnych do wypłaty świadczeń. <sup>(8)</sup>

10.  Nie jesteśmy skłonni zapewnić świadczeń pieniężnych osobie zainteresowanej w waszym imieniu.

**B.  <sup>(5)</sup> Przedłużenie niezdolności do pracy**

11. Patrz:

11.1  nasz formularz E 115 z dnia: ..... (data)

11.2  wasz formularz E 117 z dnia: .....

11.3 pragniemy poinformować was, że w opinii naszego lekarza orzecznika

którego orzeczenie jest załączone

którego orzeczenie zostanie przesłane w najbliższym możliwym terminie

osoba wymieniona w punkcie 2 przypuszczalnie pozostanie niezdolna do pracy do dnia: ..... włącznie

12. Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu

12.1 Nazwa: .....

12.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

12.3 Adres: .....

12.4 Pieczęć 12.5 Data: .....

12.6 Podpis: .....

## Pouczenia dla osób zainteresowanych

We Włoszech należy złożyć niniejszy formularz, w przypadku choroby lub macierzyństwa, w lokalnym biurze „Istituto nazionale della previdenza sociale” (INPS, Narodowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), a w przypadku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej do „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro” (INAIL).

W przypadku Niderlandów, jeżeli właściwa instytucja ubezpieczenia chorobowego nie jest znana, należy przesłać formularz na adres UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

W Słowenii należy przedstawić niniejszy formularz, w przypadku świadczeń pieniężnych z tytułu macierzyństwa, właściwemu „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke” (Ośrodek Pracy Społecznej, Lublana, Bežigrad, Centralna Jednostka ds. Ochrony Rodzicielskiej i Dodatków Rodzinnych), a w przypadku niezdolności do pracy właściwej jednostce regionalnej „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije” (ZZZS, Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii).

## UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Wypełnić jedynie w przypadku gdy formularz dotyczy osoby bezrobotnej.
- (4) W przypadku osób bezrobotnych należy wskazać ostatniego pracodawcę.
- (5) Należy wypełnić część A lub część B i wstawić krzyżyk w polu odpowiadającym wypełnionej części.
- (6) W przypadku osób ubezpieczonych w niemieckim funduszu ubezpieczenia zdrowotnego lub w austriackiej lub belgijskiej instytucji: jeżeli instytucja ubezpieczeń społecznych właściwa dla miejsca zamieszkania nie zna dokładnej daty wypisu ze szpitala w momencie wydawania niniejszego formularza, musi uzupełnić tę informację w najbliższym możliwym terminie.
- (7) Należy załączyć kopię formularza E 118 przesłanego zainteresowanemu.
- (8) Jeżeli formularz przysyłany jest instytucji niemieckiej, włoskiej, węgierskiej lub polskiej, niniejsze pole nie musi być zaznaczone.



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY  
(CHOROBA, MACIERZYŃSTWO, WYPADEK PRZY PRACY, CHOROBA ZAWODOWA)**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 19 ust.1 lit. b); art. 22 ust.1 lit. a) ppkt ii); lit. b) ppkt ii); lit. c) ppkt ii); art. 25 ust.1 lit. b); art. 52 lit. b);  
art. 55 ust 1. lit. a) ppkt ii); ust. 1 lit. b) ppkt ii) oraz lit. c) ppkt ii)

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 18 ust. 2 i 3; art. 24; art. 26 ust. 5 i 7; art. 61 ust. 2 i 3; art. 64; art. 65 ust. 2 i 4

Wypełnia lekarz instytucji sporządzającej formularz E 115, który należy załączyć do niniejszego formularza i przesłać w zapieczętowanej kopercie w przypadku choroby lub macierzyństwa<sup>(2)</sup>.

**Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.**

1.	Instytucja właściwa, która jest adresatem formularza	
1.1	Nazwa: .....	
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
1.3	Adres: .....	
1.4	Patrz: nasz formularz E 116 z dnia .....	(data)

2. Załączony do formularza E 115 z dnia ..... (data)

3.	Zainteresowany	
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....	
3.2	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....	
3.3	Imiona: .....	Data urodzenia: .....
3.4	Adres w kraju zamieszkania lub pobytu: .....	
3.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	

4. Ja, niżej podpisany(-a) ..... lekarz medycyny,  
po zbadaniu wyżej wymienionej osoby  
w dniu .....

4.1 stwierdzam, że jest to przypadek

choroby

macierzyństwa (spodziewana data porodu: ..... )

4.2 że jest to prawdopodobnie

wypadek przy pracy

choroba zawodowa

wypadek

4.3  nawrót choroby lub pogorszenie stanu zdrowia

## A. Orzeczenie ogólne

5. Do wypełnienia w każdym przypadku

5.1 Historia choroby i obecne objawy: .....

5.2 Badanie kliniczne: .....

5.3 Inne obserwacje: .....

5.4 Badania specjalistyczne<sup>(4)</sup>: .....

5.5 Rozpoznanie: .....

5.6 Wnioski: .....

5.7  Nie stwierdzono, że osoba zainteresowana jest niezdolna do pracy

5.8  Stwierdzono, że osoba zainteresowana jest niezdolna do pracy  
od ..... do .....

5.9  Stwierdzono, że osoba zainteresowana jest częściowo niezdolna do pracy w stopniu  
(..... %) od ..... do .....<sup>(5)</sup>

5.10  Zainteresowany zostanie poddany dalszemu badaniu lekarskiemu w dniu .....

5.11  Zainteresowany powinien być zdolny do pracy z dniem .....

## B. Orzeczenia dotyczące wypadku przy pracy

6. Pierwsze orzeczenie lekarskie

6.1 Skutkiem wspomnianego wypadku są następujące obrażenia<sup>(6)</sup>: .....

6.2 Obrażenia te  miały  będą miały następujące konsekwencje<sup>(7)</sup>

6.3 Niezdolność do pracy powstała w dniu .....

6.4 Osoba, która odniosła obrażenia, poddawana jest leczeniu

w domu  w gabinecie lekarskim

w szpitalu  w innym miejscu

Adres<sup>(8)</sup>: .....



7.	Ostatnie orzeczenie lekarskie
7.1	Leczenie zostało zakończone w dniu: .....
7.2	Stan obrażeń uległ stabilizacji w dniu: .....
7.3	<input type="checkbox"/> z pełnym wyzdrowieniem
7.4	<input type="checkbox"/> i przypuszczalnie będzie miało następujące konsekwencje: ..... ..... .....
7.5	Szczegółowy opis stanu poszkodowanego/nej po wyzdrowieniu lub pod koniec leczenia: ..... ..... ..... .....

8.	Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu:		
8.1	Nazwa: .....		
8.2	Numer instytucji właściwej: .....		
8.3	Adres: .....		
8.4	Pieczęć	8.5	Data: .....
		8.6	Podpis: .....

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria. Należy wskazać rodzaj badania i jego datę.
- (<sup>2</sup>) Formularz E 116 nie jest wymagany dla wniosków o przyznanie świadczeń macierzyńskich wypłacanych przez Belgię. *W przypadku Belgii niniejszy formularz należy zawsze najpierw przesać instytucji belgijskiej właściwej w sprawach ubezpieczenia chorobowego. W Republice Czeskiej, Liechtensteinie, Finlandii, Norwegii i Szwecji formularz jest wypełniany przez lekarza, który przyjął zainteresowanego/-ą, i weryfikowany przez instytucję ubezpieczeniową.*
- (<sup>3</sup>) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Należy wskazać rodzaj badania i jego datę.
- (<sup>5</sup>) Dla potrzeb instytucji norweskich.
- (<sup>6</sup>) Należy wskazać rodzaj i charakter obrażeń oraz część ciała dotkniętą obrażeniami: złamanie ramienia, stłuczenia głowy, palców, wewnętrzne obrażenia, zamartwica itd.
- (<sup>7</sup>) Należy wskazać pewne lub przypuszczalne konsekwencje stwierdzonych obrażeń: śmierć, stała lub czasowa niezdolność, pełna lub częściowa; w przypadku czasowej niezdolności, należy wskazać przewidywany okres jej trwania.
- (<sup>8</sup>) Jeżeli osoba, która doznała obrażeń, poddana jest leczeniu w szpitalu, należy podać nazwę szpitala.



**PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH W PRZYPADKU MACIERZYŃSTWA I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 19. ust. 1 lit. b); art. 22 ust 1. lit. a) ppkt ii); art. 25 ust. 1 lit. b); art. 52 lit. b); art. 55 ust 1. lit. a) ppkt ii);  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 18 ust. 6 i 8; art. 24; art. 26 ust. 7; art. 61 ust. 6 i 8 art. 64

Institucja właściwa wypełnia niniejszy formularz i przesyła go do instytucji miejsca zamieszkania lub pobytu. Instytucja właściwa powiadamia również pracownika o tym, czy świadczenia pieniężne są wypłacane przez instytucję miejsca zamieszkania.

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z dwóch stron.

1.	Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu
1.1	Nazwa: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....
	.....

2. Patrz: Wasz formularz E 115 z dnia ..... (data)

3.	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna
3.1	Nazwisko(-a) (2): .....	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....	
3.2	Imię (imiona): .....	Data urodzenia: .....	
3.3	Adres w kraju zamieszkania lub pobytu: .....		
	.....		
3.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....		
	.....		

4. Osoba wymieniona w punkcie 3

4.1  jest tymczasowo uprawniona do otrzymywania świadczeń pieniężnych  
od ..... do ....., z możliwością przedłużenia

4.2  nie jest uprawniona do otrzymywania świadczeń pieniężnych  
Powód: patrz: załączony formularz E 118.

4.3  traci uprawnienia do świadczeń pieniężnych z dniem ..... (data)  
Powód: patrz: załączony formularz E 118.

5. Wymienione świadczenia będą zapewniane (3)

5.1  przez nas

5.2  przez was w naszym imieniu (4)

5.3  przez pracodawcę (5)

od ..... do ..... (6)

6.	(7)(8)
6.1	Zasiłek powinien być wypłacany za każdy dzień tygodnia, z wyjątkiem <input type="checkbox"/> poniedziałku <input type="checkbox"/> wtorku <input type="checkbox"/> środy <input type="checkbox"/> czwartku <input type="checkbox"/> piątku <input type="checkbox"/> soboty <input type="checkbox"/> niedzieli
6.2	Dzienna kwota netto wymienionego zasiłku wynosi ..... (9), jeżeli osoba ubezpieczona nie jest hospitalizowana ..... (9), jeżeli osoba ubezpieczona jest hospitalizowana
6.3	<input type="checkbox"/> jeżeli zasiłek wypłacany jest miesięcznie, kwota zapewniana obejmuje 30 dni, niezależnie od liczby dni w danym miesiącu

7. Prosimy o jak najszybsze poinformowanie nas o wyniku

- 7.1  badania <sup>(10)</sup>: .....
- 7.2  kontroli administracyjnych: .....
- 7.3  dalszego badania lekarskiego, które ma być przeprowadzone w dniu .....(data)

8. Instytucja właściwa

8.1 Nazwa: .....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

8.4 Pieczęć

8.5 Data: .....

8.6 Podpis: .....

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>3</sup>) Nie trzeba wypełniać w przypadku osób bezrobotnych, którym wydano formularz E 119.
- (<sup>4</sup>) Instytucja właściwa może wskazać w tym miejscu formę płatności.
- (<sup>5</sup>) W przypadku gdy niniejszy formularz adresowany jest do instytucji francuskiej, polskiej, włoskiej lub węgierskiej, niniejsze pole nie musi być zaznaczone.
- (<sup>6</sup>) Do wypełnienia przez instytucje duńskie, niemieckie, luksemburskie, polskie, węgierskie lub słowackie.
- (<sup>7</sup>) Do wypełnienia przez instytucje niemieckie, luksemburskie, polskie, słowackie i hiszpańskie.
- (<sup>8</sup>) Do wypełnienia jedynie w przypadku wskazanym w punkcie 5.2.
- (<sup>9</sup>) Należy wskazać kwotę w walucie krajowej.
- (<sup>10</sup>) Należy wskazać rodzaj wnioskowanego badania lekarskiego (zdjęcie RTG, badanie analityczne ... itp.).

**POWIADOMIENIE O NIEUZNANIU LUB ZAKOŃCZENIU OKRESU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 19 ust.1 lit. b); art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt ii), lit. b) ppkt ii) oraz lit. c) ppkt ii); art. 25 ust.1 lit. b); art. 52 lit. b); art. 55 ust.1 lit. a) ppkt ii), lit. b) ppkt ii) oraz lit. c) ppkt ii);

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 18 ust. 4 i 6; art. 24; art. 26 ust. 5 i 7 art. 61 ust. 4 i 6; art. 64

Jeżeli niniejszy formularz dotyczy osoby ubezpieczonej aktualnie zatrudnionej, instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu (lub instytucja właściwa) powinna sporządzić formularz w dwóch egzemplarzach, z których jeden należy przesłać do osoby ubezpieczonej, a drugi do instytucji właściwej w sprawach ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego lub instytucji właściwej w sprawach ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w państwie właściwym (w miejscu zamieszkania lub pobytu). Jeżeli formularz dotyczy osoby bezrobotnej, niezbędne jest sporządzenie, oprócz wymienionych egzemplarzy (z których jeden adresowany jest do osoby bezrobotnej), dwóch egzemplarzy dodatkowych, z których jeden należy przesłać do instytucji właściwej w sprawach ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a drugi do instytucji państwa, do którego udała się osoba bezrobotna w celu poszukiwania pracy.

**Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wy kropkowanych.**

**Formularz składa się z dwóch stron i z trzypięciostronicowego Załącznika.**

1.	Beneficjent	
1.1	Nazwisko(-a): .....	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
1.2	Imię(imiona): .....	Data urodzenia: .....
1.3	Adres w państwie zamieszkania lub pobytu: .....	
1.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Instytucja właściwa	<input type="checkbox"/> Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu:
2.1	Nazwa: .....	
2.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
2.3	Adres: .....	

3.  Fakty, o których nas powiadomiono

Badanie przeprowadzone przez naszego lekarza w dniu ..... (data)  
wskazuje, że

3.1  Pana/Pani niezdolność do pracy jest jedynie częściowa

3.2  jest Pan/Pani upoważniony/a do częściowych świadczeń pieniężnych w wysokości ..... (²)  
od ..... (data)

3.3  jest Pan/Pani zdolna do pracy

3.4  Pana/Pani niezdolność do pracy ustala z dniem ..... (³)

3.5  Ostatnim dniem, za który otrzyma Pan/Pani świadczenia pieniężne, jest .....

3.6  Instytucja właściwa określi ostatni dzień, za który otrzyma Pan/Pani świadczenia pieniężne

3.7  Nie jest Pan/Pani upoważniony/a do świadczeń z powodu .....

4.	<input type="checkbox"/> Instytucja w miejscu zamieszkania lub pobytu	<input type="checkbox"/> Instytucja właściwa
4.1	Nazwa: .....	
4.2	Kod identyfikacyjny instytucji: .....	
4.3	Adres: .....	
4.4	Pieczęć	Data: .....
		4.5
		4.6
		Podpis: .....

**Informacja dla pracownika najemnego, osoby prowadzącej działalność na własny rachunek lub osoby bezrobotnej.**

*Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją, o której powiadamiamy Pana/Panią niniejszym dokumentem, przysługuje Panu/Pani prawo odwołania się od niej. Szczegóły dotyczące prawnych środków odwoławczych i terminów przysługujących na odwołania zamieszczone są w Załączniku. W kwestii procedur i terminów prosimy stosować się do pouczeń wskazanych dla właściwego państwa.*

**UWAGI**

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, do którego należy instytucja wypełniająca formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Poniższe informacje należy podać jedynie w przypadku wypełniania formularza przez instytucję właściwą. Proszę określić, czy świadczenia wypłacane są codziennie, co tydzień czy co miesiąc.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać ostatni dzień niezdolności do pracy.
-

## ŚRODKI ODWOŁAWCZE I TERMINY PRZYSŁUGUJĄCE NA ODWOŁANIE

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 18 ust. 4; art. 61 ust. 4

**1. Belgia**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, przysługuje Panu/Pani prawo złożenia odwołania na piśmie, opatrzonego stosowną datą i podpisem, które należy złożyć lub przesłać listem poleconym do biura kancelarii właściwego sądu pracy w terminie trzech miesięcy od daty otrzymania powiadomienia o decyzji.

Właściwymi sądami pracy są:

- jeżeli mieszka Pan/Pani w Belgii, sąd pracy właściwy dla okręgu zamieszkania;
- jeżeli nie mieszka Pan/Pani w Belgii, sąd pracy właściwy dla okręgu ostatniego miejsca zamieszkania lub pobytu w Belgii;
- jeżeli ostatnio nie mieszkał(-a) Pan/Pani lub nie przebywał(-a) w Belgii, sąd pracy właściwy dla okręgu ostatniego miejsca zatrudnienia w Belgii.

**2. Republika Czeska**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączonym powiadomieniem, przysługuje Panu/Pani prawo złożenia odwołania do właściwej instytucji czeskiej wskazanej w punkcie 2 lub 4 niniejszego formularza w terminie trzech dni od otrzymania powiadomienia. Forma i ostateczny termin złożenia odwołania określone są w decyzji.

**3. Dania**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, może Pan/Pani, w terminie czterech tygodni od daty otrzymania powiadomienia o decyzji, złożyć odwołanie do „Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget”, Amaliegade 25, PO. Box 3061, 1021 Kopenhaga K (Rada Apelacyjna ds. Społecznych, Komisja Dziennych Świadczeń Pieniężnych).

**4. Niemcy**

Niniejszy dokument urzędowy staje się wiążący, jeżeli w terminie trzech miesięcy od powiadomienia nie złoży Pan/Pani odwołania. Odwołania należy składać w formie pisemnej, w terminie trzech miesięcy do następującej instytucji niemieckiej:

Nazwa: .....  
Adres: .....  
.....  
.....

**5. Estonia**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, przysługuje Panu/Pani prawo odwołania się w terminie 30 dni do „Eesti Haigekassa”, Lembitu 10, Tallin 10114.

**6. Grecja**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, przysługuje Panu/Pani prawo odwołania się w terminie 30 dni od daty otrzymania załączonej decyzji, do:

Nazwa: .....  
Adres: .....  
.....  
.....

**7. Hiszpania**

Może Pan/Pani, w terminie 30 dni roboczych od daty otrzymania powiadomienia o załączonej decyzji, złożyć odwołanie od decyzji do następującej instytucji:

Nazwa: .....  
Adres: .....  
.....  
.....

**8. Francja**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, może Pan/Pani, w terminie dwóch miesięcy od daty otrzymania powiadomienia o decyzji, złożyć odwołanie do głównego lekarza funduszu ubezpieczeń chorobowych wskazanego w polu poniżej:

Nazwa: .....  
Adres: .....  
.....  
.....

**9. Irlandia**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, istnieje możliwość złożenia wniosku do „the Social Welfare Appeals Office”, D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2 (Biuro Odwoławcze ds. Opieki Społecznej). Wniosek taki należy złożyć w terminie 21 dni od daty otrzymania niniejszej decyzji.

**10. Włochy****Decyzje INPS (choroba i macierzyństwo)**

Osoba ubezpieczona może na drodze administracyjnej odwołać się od decyzji INPS do właściwej Komisji dla danej prowincji w terminie 90 dni od otrzymania powiadomienia o stosownej decyzji.

Ponadto osobie zainteresowanej przysługuje prawo wszczęcia postępowania prawnego w terminie jednego roku od daty powiadomienia o decyzji Komisji lub po upływie 90 dni od złożenia odwołania w przypadku niepodjęcia przez Komisję żadnej decyzji.

**Decyzje INAIL (wypadki przy pracy i choroby zawodowe)**

Osoba ubezpieczona, która pragnie zakwestionować decyzję INAIL, może w terminie 60 dni od otrzymania przesłanego mu powiadomienia poinformować INAIL, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, o powodach, dla których uważa, że decyzja jest nieuzasadniona; w przypadku stałej niezdolności do pracy osoba taka powinna wskazać kwotę zasiłku, do którego jej zdaniem jest uprawniona; we wszystkich przypadkach należy przesłać wraz z listem odwoławczym świadectwo lekarskie na poparcie swego wniosku.

Jeżeli osoba zainteresowana nie otrzyma odpowiedzi w terminie 60 dni od daty wspomnianego wyżej potwierdzenia odbioru lub jeżeli nie jest ona usatysfakcjonowana odpowiedzią, przysługuje jej prawo pozwania INAIL w sądzie.

Pismo określające powody, dla których osoba ubezpieczona nie zgadza się z decyzją INAIL, może być przesłane INAIL bezpośrednio lub poprzez instytucję miejsca zamieszkania lub pobytu.

**11. Cypr**

W razie niezadowolenia z załączonej decyzji istnieje możliwość odwołania się do Ministra Pracy i Opieki Społecznej w ciągu piętnastu dni od powiadomienia o decyzji. W razie niezadowolenia z decyzji Ministra można złożyć apelację do Sądu Najwyższego w ciągu 75 dni od dnia powiadomienia o decyzji Ministra.

**12. Łotwa**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia odwołania, w terminie jednego miesiąca od daty otrzymania załączonej decyzji, do:

Nazwa: .....
Adres: .....
.....
.....

**13. Litwa**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, istnieje możliwość wniesienia odwołania do Komisji ds. Sporów Administracyjnych w terminie jednego miesiąca od daty otrzymania powiadomienia o decyzji.

**14. Luksemburg**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, ma Pan/Pani prawo wnieść odwołanie, w zasadzie, do „Conseil arbitral des assurances sociales” (Rada Arbitrażowa Ubezpieczeń Społecznych) w terminie 40 dni od daty otrzymania powiadomienia o decyzji.

**15. Węgry**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączonym powiadomieniem, może Pan/Pani złożyć wniosek o wydanie decyzji przez właściwą instytucję węgierską (punkt 2 lub 4 formularza E 118). Od decyzji instytucji właściwej przysługuje prawo odwołania w terminie 15 dni od daty otrzymania powiadomienia o decyzji.

**16. Malta**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia odwołania do Departamentu Zabezpieczenia Społecznego, Valletta, w terminie 30 dni od daty wydania decyzji.

**17. Niderlandy**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączonym powiadomieniem, może Pan/Pani złożyć wniosek do właściwej instytucji holenderskiej wymienionej w punkcie 2 lub 4 formularza E 118 o podjęcie przez nią w rozsądnym terminie decyzji, od której przysługuje odwołanie. Tryb i termin składania odwołania zostaną określone w decyzji.

**18. Austria**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną informacją (formularz E 118), może Pan/Pani złożyć wniosek o wydanie decyzji przez właściwą instytucję austriacką wymienioną w punkcie 2 lub 4 wspomnianego wcześniej formularza, która pouczy również o dopuszczalnym środku odwoławczym.

**19. Polska**

Jeżeli nie jest Pan/Pani usatysfakcjonowana załączoną decyzją, ma Pan/Pani prawo wnieść odwołanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – ZUS – do oddziału właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy, a w przypadku rolników do oddziału regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS. Właściwy oddział wyda decyzję o uprawnieniu do świadczenia i poinformuje o możliwych środkach odwoławczych od decyzji.

**20. Portugalia**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z powyższą decyzją, może Pan/Pani:

- w przypadku niezwierdzenia niezdolności do pracy wnieść odwołanie do „Comissão Instaladora da Administração Regional de Saude” (Regionalna Rada Administracyjna do spraw Zdrowia) w terminie ośmiu dni od otrzymania powiadomienia o decyzji, lub
- w przypadku odrzucenia wniosku o świadczenia pieniężne z przyczyn formalnych, wnieść odwołanie do lokalnie właściwego „Tribunal Administrativo de Circulo” (Trybunał Administracyjny) w terminie dwóch miesięcy od otrzymania powiadomienia o decyzji. Jeżeli mieszka Pan/Pani poza Portugalią, w terminie czterech miesięcy od otrzymania powiadomienia o decyzji.



**21. Słowenia**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją, może Pan/Pani wnieść pozew do Sądu Pracy i Zabezpieczenia Społecznego w Lublanie, Komenskega 7, w terminie 30 dni od daty powiadomienia o decyzji.

**22. Słowacja**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z otrzymaną informacją i jeżeli do tej pory nie została wydana żadna decyzja w danej sprawie, może Pan/Pani złożyć wniosek do właściwego oddziału Urzędu Zabezpieczenia Społecznego o wydanie takiej decyzji. Przysługuje Panu/Pani prawo odwołania się do Centrali Urzędu Zabezpieczenia Społecznego w terminie 15 dni od otrzymania decyzji wydanej przez oddział lokalny. Decyzja Centrali Urzędu Zabezpieczenia Społecznego w sprawie świadczeń jest ostateczna; tym niemniej w terminie dwóch miesięcy od otrzymania decyzji może Pan/Pani wnieść odwołanie do właściwego sądu okręgowego.

W kwestiach innych niż świadczenia może Pan/Pani złożyć wniosek o zastosowanie środków zaradczych w odniesieniu do decyzji Centrali Urzędu Zabezpieczenia Społecznego, w terminie 30 dni od jej otrzymania, do właściwego sądu okręgowego. Adres Centrali Urzędu Zabezpieczenia Społecznego: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

**23. Finlandia**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, może Pan/Pani wnieść odwołanie w terminie 30 dni od daty otrzymania powiadomienia o załączonej decyzji – albo do fińskiej instytucji ubezpieczeniowej wskazanej w punkcie 2 lub 4 formularza E 118, albo do instytucji ubezpieczeniowej najbliższej Pana/Pani miejsca zamieszkania, która jest również wskazana w jednym z wyżej wymienionych punktów.

**24. Szwecja**

Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia odwołania do właściwej instytucji szwedzkiej wskazanej w punkcie 2 lub 4 formularza E 118, w terminie dwóch miesięcy od daty faktycznego wydania decyzji. W odwołaniu należy wskazać powody, dla których uznaje Pan/Pani decyzję za nieuzasadnioną.

**25. Zjednoczone Królestwo**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, istnieje możliwość, w terminie 28 dni od daty otrzymania decyzji, wniesienia odwołania do „Pension Service, International Pension Centre” Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne (Biuro Emerytalno-Rentowe, Centrum Świadczeń Zagranicznych), lub do „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch”, Belfast (Urząd Zabezpieczenia Społecznego Irlandii Północnej, Wydział Świadczeń Zamorskich), odpowiednio.

**26. Islandia**

Jeżeli pragnie Pan/Pani zakwestionować załączoną decyzję, może Pan/Pani wnieść odwołanie do Państwowego Instytutu Zabezpieczenia Społecznego, Rejkjavik.

**27. Liechtenstein**

a) W kwestii ubezpieczenia chorobowego: jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją funduszu ubezpieczeń chorobowych, może Pan/Pani złożyć wniosek o wydanie oficjalnego orzeczenia określającego powody podjęcia decyzji i informującego o trybie postępowania prawnego.

W terminie 60 dni od otrzymania oficjalnego orzeczenia osobom zainteresowanym przysługuje prawo wniesienia pozwu do właściwego sądu.

b) W kwestii ubezpieczenia wypadkowego: jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z orzeczeniem instytucji ubezpieczenia wypadkowego, może Pan/Pani, w terminie dwóch miesięcy od otrzymania orzeczenia, złożyć wniosek do ubezpieczyciela o ponowne rozpatrzenie wydanego orzeczenia.

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z orzeczeniem instytucji ubezpieczenia wypadkowego, może Pan/Pani, w terminie dwóch miesięcy od otrzymania orzeczenia, wnieść pozew do właściwego sądu. Dotyczy to również decyzji instytucji ubezpieczenia wypadkowego w sprawie wyżej wspomnianego wniosku o ponowne rozpatrzenie wydanego orzeczenia.

**28. Norwegia**

Odwołanie od decyzji instytucji norweskiej należy przesłać do instytucji wskazanej w punkcie 2 lub 4 formularza E 118 w ciągu sześciu tygodni od otrzymania powiadomienia o decyzji.

**29. Szwajcaria**

Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z załączoną decyzją, może Pan/Pani wnieść sprzeciw do instytucji w terminie 30 dni od daty powiadomienia o decyzji. Decyzja w sprawie wniesionego sprzeciwu określi środki zaradcze i okres przysługujący na złożenie odwołania.





**ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH DLA OSÓB UBIELAJĄCYCH SIĘ  
O EMERYTURĘ/RENTĘ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 26 ust. 1

Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 28

*Institucja właściwa wypełnia część A niniejszego formularza i wydaje dwa egzemplarze osobie zainteresowanej, która przedstawia je instytucji miejsca zamieszkania. Po otrzymaniu obydwu egzemplarzy instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B i przesyła jeden egzemplarz instytucji wymienionej w punkcie 6. W razie potrzeby oba egzemplarze należy najpierw przesłać instytucji zobowiązanej do wypełnienia sekcji 5 i 6.*

**Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.**

**A. Powiadomienie o uprawnieniach**

1.	Instytucja miejsca zamieszkania <sup>(2)</sup>	
1.1	Nazwa: .....	
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
1.3	Adres: .....	
1.4	Patrz: wasz formularz E 107 z dnia: .....	

2.	Osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę	
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
2.2	Imię (imiona): .....	Data urodzenia: .....
2.3	Adres w państwie zamieszkania: .....	
2.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	

3.	Wypełnia instytucja, do której złożono wniosek o emeryturę/rentę	
3.1	Osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę wskazana powyżej złożyła w dniu: ..... wniosek o emeryturę/rentę z tytułu	
	<input type="checkbox"/> wieku	<input type="checkbox"/> inwalidztwa <input type="checkbox"/> renty rodzinnej
	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> choroby zawodowej
3.2	<input type="checkbox"/> W wyniku rozpatrzenia powyższego wniosku uznano, że osoba zainteresowana jest uprawniona do otrzymywania od nas emerytury lub renty.	

4.	Instytucja, która wypełniła punkt 3	
4.1	Nazwa: .....	
4.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
4.3	Adres: .....	
4.4	Pieczęć	4.5 Data: .....
		4.6 Podpis: .....

5. Wypełnia instytucja, do której złożono wniosek o emeryturę/rentę lub przez instytucję właściwą w sprawach ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego w państwie, w którym złożono wniosek

5.1 Numer identyfikacyjny instytucji rozpatrującej: .....

5.2 Osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę wskazana w sekcji 2 oraz członkowie jej rodziny są uprawnieni do świadczeń rzeczowych w razie choroby i macierzyństwa

5.3  od dnia ..... do czasu unieważnienia niniejszego zaświadczenia

5.4  na okres jednego roku poczynając od dnia ..... (data)

6. Instytucja wypełniająca sekcję 5

6.1 Nazwa: .....

6.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

6.3 Adres: .....

6.4 Pieczęć 6.5 Data: .....

6.6 Podpis: .....

**B. Powiadomienie o rejestracji lub jej odmowie**

7.  (4)

7.1 Osoba wskazana w sekcji 2 i członkowie jej rodziny nie mogli być zarejestrowani z powodu .....

8.  (4)

8.1 Osoba wskazana w sekcji 2 i członkowie jej rodziny zostali zarejestrowani w dniu .....(data)

9. Zarejestrowani członkowie rodziny

9.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup>	Imię/Imiona	Płeć		Data urodzenia	Osobisty numer identyfikacyjny
			K	M		
9.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

10. Instytucja miejsca zamieszkania

10.1 Nazwa: .....

10.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

10.3 Adres: .....

10.4 Pieczęć 10.5 Data: .....

10.6 Podpis: .....

## Informacja dla osoby ubezpieczonej

- a) Niniejsze zaświadczenie daje Panu/Pani oraz członkom Pana/Pani rodziny prawo do świadczeń rzeczowych w razie choroby i macierzyństwa w państwie miejsca zamieszkania.
- b) Należy, w najszybszym możliwym terminie, przedstawić oba egzemplarze będące w Pana/Pani posiadaniu w jednej z następujących instytucji ubezpieczeniowych:
- w **Belgii** wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);
  - w **Republice Czeskiej** do „Zdravotní pojišťovna” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych) w miejscu zamieszkania;
  - na **Cyprze** do „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia). Na wniosek osoby zainteresowanej zostanie jej wydana cypryjska karta zdrowia uprawniająca do świadczeń rzeczowych w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej;
  - w **Danii** do gminnych władz miejsca zamieszkania;
  - w **Niemczech** do „Krankenkasse” (Kasa Chorych) w miejscu zamieszkania;
  - w **Grecji** zwykle do regionalnego lub lokalnego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie kartę zdrowia uprawniającą do świadczeń rzeczowych;
  - w **Hiszpanii** do „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania lub pobytu. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani świadczeń, należy się zwrócić do placówki służby zdrowia lub szpitala podlegającego hiszpańskiemu systemowi zabezpieczenia społecznego. Do formularza należy załączyć jego fotografię.
  - w **Estonii** do „Eesti Haigekassa” (Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);
  - w **Francji** do „Caisse primaire d’assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);
  - w **Irlandii** w „Health Board” (Radzie Zdrowia) właściwej ze względu na obszar złożenia wniosku;
  - w **Włoszech** do „Unità sanitaria locale” (lokalna jednostka medyczna) odpowiedzialna za dany obszar;
  - na **Łotwie** do „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);
  - na **Litwie** do „Teritorinė ligonių kasa” (Terytorialny Fundusz Pacjentów); usługi medyczne można uzyskać bez uprzedniego skontaktowania się z wymienioną instytucją;
  - w **Luksemburgu** do „Caisse de maladie des ouvriers” (Fundusz Chorobowy Robotników);
  - na **Węgrzech** właściwemu „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Wojewódzka Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych);
  - na **Malcie** do Ministerstwa Zdrowia, Valetta;
  - w **Niderlandach** każdemu funduszowi chorobowemu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania;
  - w **Austrii** do „Gebietskrankenkasse” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego) właściwa ze względu na miejsce zamieszkania;
  - w **Polsce** oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania;
  - w **Portugalii, w części kontynentalnej** do „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Regionalne Centrum Solidarności i Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania; dla **Madery** do „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum Zabezpieczenia Społecznego Madery), Funchal; dla **Azorów** do „Centro de Prestações Pecuiniárias” (Centrum ds. Świadczeń Pieniężnych) w miejscu zamieszkania;
  - w **Słowenii** właściwemu oddziałowi regionalnemu „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii) w miejscu zamieszkania;
  - na **Słowacji** do „zdravotná poisťovňa” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych) wybranego przez osobę ubezpieczoną;
  - w **Finlandii** do lokalnego biura „Kansaneläkelaitos” (Instytucja Ubezpieczeń Społecznych);
  - w **Szwecji** do „försäkringskassan” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania. Usługi medyczne (szpital, lekarz, stomatolog, itp.) można uzyskać bez uprzedniego skontaktowania się z wymienioną instytucją;
  - w **Islandii** do „Tryggingastofnun Ríkisins” (Państwowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego), Reykjavik;
  - w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej), Vaduz; w Norwegii, do „lokale Trygdekontor” (lokalny urząd ubezpieczeniowy) w miejscu zamieszkania;
  - w **Szwajcarii** do „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.
- c) Należy poinformować instytucję ubezpieczeniową, do której składa Pan/Pani formularz, o jakiegokolwiek zmianie okoliczności mogących wpływać na uprawnienia do świadczeń pieniężnych, takich jak przyznanie wnioskowanej emerytury lub renty lub zmiana miejsca zamieszkania lub pobytu Pana/Pani lub członka Pana/Pani rodziny.

## UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Należy wypełnić jedynie w przypadku gdy formularz wydany jest na wniosek instytucji miejsca zamieszkania. Jeżeli osoba ubiegająca się o emeryturę/rentę zamieszkuje w Zjednoczonym Królestwie, oba egzemplarze formularza należy przesłać bezpośrednio do Ministerstwa Pracy i Rent, Biuro Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (3) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (4) Należy wypełnić pole 7 lub 8, odpowiednio, i postawić krzyżyk w odpowiednim polu.



**ZAŚWIADCZENIE O ZAREJESTROWANIU EMERYTA/RENCISTY I CZŁONKÓW JEGO RODZINY  
I O AKTUALIZACJI WYKAZÓW**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 28 ust. 1 lit. a); art. 29 ust. 1 lit. a)  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 29 ust. 1, 2 i 3; art. 30 ust. 1; art. 95 ust. 4

Instytucja, do której należy wystawienie niniejszego zaświadczenia zgodnie z art. 29 ust. 2 lub z art. 30 ust. 1 rozporządzenia nr 574/72, wypełnia część A formularza i wydaje dwa jego egzemplarze emerytowi/renciście lub członkom jego rodziny lub też wysyła je do instytucji miejsca zamieszkania, jeśli ta ostatnia instytucja wystąpiła o ten formularz. W razie potrzeby oba egzemplarze należy najpierw przesłać instytucji zobowiązanej do wypełnienia sekcji 6 i 8. Po otrzymaniu obydwu egzemplarzy instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B i przesyła jeden egzemplarz wystawiony dla każdego emeryta/rencisty lub członka rodziny do instytucji wymienionej w sekcji 8.

**Należy wypełnić niniejszy formularz literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z czterech stron.**

**A. Powiadomienie o uprawnieniu**

1.	Instytucja miejsca zamieszkania <sup>(2)</sup>
1.1	Nazwa: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....
1.4	Patr: wasz formularz E 107 z dnia: .....

2.	Emeryt/rencista	
2.1	Nazwisko(-a): .....	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
2.2	Imię (imiona): .....	Data urodzenia: .....
2.3	Adres w państwie zamieszkania: .....	
2.4	Data zmiany miejsca zamieszkania: .....	
2.5	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	
2.6	Emeryt/rencista był	
	<input type="checkbox"/> pracownikiem najemnym	
	<input type="checkbox"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek	
	<input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (najemnym)	
	<input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (prowadzącym działalność na własny rachunek)	
	<input type="checkbox"/> bezrobotnym	

3.	Wypełnia instytucja odpowiedzialna za wypłatę emerytury/renty		
3.1	Wyżej wymieniona osoba jest uprawniona do emerytury/renty z tytułu		
	<input type="checkbox"/> wieku	<input type="checkbox"/> inwalidztwa	<input type="checkbox"/> renty rodzinnej
	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> choroby zawodowej	
3.2	od: .....		

4.	Instytucja, która wypełniła sekcję 3 <sup>(4)</sup>		
4.1	Nazwa: .....		
4.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
4.3	Adres: .....		
4.4	Pieczęć	4.5	Data: .....
		4.6	Podpis: .....

5. Członek rodziny emeryta/rencisty

5.1 Nazwisko(-a)<sup>(3)</sup>: Nazwisko(-a) rodowe (według świadectwa urodzenia) (jeżeli inne)<sup>(3)</sup>:  
.....

5.2 Imię (imiona): Data urodzenia:  
.....

5.3 Adres w państwie zamieszkania: .....

5.4 Osobisty numer identyfikacyjny: .....

5.5 Data zmiany miejsca zamieszkania: .....

6. Wypełnia instytucja odpowiedzialna za wypłatę emerytury/renty lub instytucja ubezpieczenia chorobowego lub macierzyńskiego w państwie odpowiedzialnym za wypłatę emerytury/renty<sup>(5)</sup>

6.1 Numer identyfikacyjny instytucji rozpatrującej: .....

6.2  Osoba wymieniona w punkcie 2  
 Osoba wymieniona w punkcie 5  
jest uprawniona do rzeczowych świadczeń w razie choroby i macierzyństwa od dnia: .....

6.3 Koszty świadczeń udzielonych w państwie zamieszkania – chyba że dana osoba zamieszkuje państwie właściwym – będą ponoszone przez naszą instytucję

6.4  od ..... do momentu anulowania zaświadczenia

6.5  przez jeden rok od .....<sup>(6)</sup>

6.6  Na mocy niniejszego zaświadczenia ważność traci formularz E ..... z dnia .....

7.  Prosimy o zwrot Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanej osobie wymienionej w sekcji 2 lub 5, o numerze: ..... ważnej do .....

8. Instytucja, która wypełniła punkt 6<sup>(4)</sup>

8.1 Nazwa: .....

8.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

8.3 Adres: .....

8.4 Pieczęć 8.5 Data: .....

8.6 Podpis: .....

**B. Powiadomienie o rejestracji lub odmowie rejestracji**

9.  <sup>(7)</sup>

9.1  Osoba wymieniona w sekcji 2  
 Osoba wymieniona w sekcji 5  
nie mogła być zarejestrowana

9.2  ponieważ jest już uprawniona do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa naszego państwa

9.3  z innych powodów: .....



10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> Osoba wymieniona w sekcji 2 <input type="checkbox"/> Osoba wymieniona w sekcji 5 została zarejestrowana
10.2	<input type="checkbox"/> Koszt tych świadczeń powinna ponieść wasza instytucja; datą, od której należy naliczać kwotę ryczałtową określoną w art. 95 rozporządzenia 574/72, jest: .....

11.	Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
11.1	<input type="checkbox"/> Dołączono Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego o numerze ....., zgodnie z wnioskiem z sekcji 7.
11.2	<input type="checkbox"/> Proszę wskazać środki, które mają być zastosowane dotyczące Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanej osobie wymienionej w sekcji 2 lub 5, o numerze ..... ważnej do .....

12.	Instytucja miejsca zamieszkania emeryta/rencisty lub członka jego rodziny		
12.1	Nazwa: .....		
12.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
12.3	Adres: .....		
12.4	Pieczęć	12.5	Data: .....
		12.6	Podpis: .....

#### Informacje dla emeryta/rencisty lub członka jego rodziny

Dwa egzemplarze tego formularza powinien/na Pan/Pani jak najszybciej przesłać do jednej z następujących instytucji ubezpieczeniowych:

w **Belgii** do wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);

w **Republice Czeskiej** do „Zdravotní pojišťovna” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych) w miejscu zamieszkania;

na **Cyprze** do „Υπουργείο Υγείας (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia). Na wniosek osoby zainteresowanej, zostanie jej wydana cypryjska karta zdrowia umożliwiającą otrzymanie świadczeń rzeczowych w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej;

w **Danii** do gminnych władz miejsca zamieszkania;

w **Niemczech** do „Krankenkasse” (Kasa Chorych) miejsca zamieszkania;

w **Grecji** zwykle regionalnemu lub lokalnemu oddziałowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie kartę zdrowia, uprawniającą do świadczeń rzeczowych;

w **Hiszpanii**, do „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania;

w **Estonii** do „Eesti Haigekassa” (Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);

w **Francji** do „Caisse primaire d'assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);

w **Irlandii** do „Health Board” (Rada Zdrowia) właściwej ze względu na obszar złożenia wniosku;

w **Włoszech** do „Unità sanitaria locale” (lokalna jednostka medyczna) odpowiedzialnej za dany obszar;

na **Łotwie** do „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);

na **Litwie** do „Teritorinė ligonių kasa” (Terytorialny Fundusz Pacjentów);

w **Luksemburgu** do „Caisse de maladie des ouvriers” (Fundusz Chorobowy Robotników);

na **Węgrzech** do właściwego „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Wojewódzka Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych);

na **Malcie** do Jednostki ds. Uprawnień, Ministerstwo Zdrowia, 23; St. John Street, Valetta;

w **Niderlandach** każdemu funduszowi chorobowemu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania;

w **Austrii** do „Gebietskrankenkasse” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego) właściwa ze względu na miejsce zamieszkania;

w **Polsce** oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania;

w **Portugalii**, w części kontynentalnej do „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Regionalne Centrum Solidarności i Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania; dla **Madery** do „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum Zabezpieczenia Społecznego Madery), Funchal; dla **Azorów** do „Centro de Prestações Pecuniárias” (Centrum ds. Świadczeń Pieniężnych) w miejscu zamieszkania

w **Słowenii** właściwemu oddziałowi regionalnemu „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii) w miejscu zamieszkania;

na **Słowacji** do „zdravotná poisťovňa” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych) wybranego przez osobę ubezpieczoną;

w **Finlandii** do lokalnego biura „Kansaneläkelaitos” (Instytucja Ubezpieczeń Społecznych);

w **Szwecji** do „försäkringskassan” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania;

w **Islandii** do „Tryggingastofnun Ríkisins” (Państwowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego), Reykiawik;

w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Urząd Gospodarki Krajowej), Vaduz;

w **Norwegii** do „lokale trygdekontor” (lokalna kasa ubezpieczeniowa) w miejscu zamieszkania;

w **Szwajcarii**, do „Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Należy wypełnić jedynie w przypadku gdy formularz jest wydany na wniosek instytucji w miejscu zamieszkania. Jeżeli emeryt/rencista lub członek jego rodziny zamieszkuje w Zjednoczonym Królestwie, oba egzemplarze formularza należy przesłać bezpośrednio do Ministerstwa Pracy, Emerytur i Rent, Biuro Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Na Węgrzech niniejszą sekcję wypełnia instytucja ds. ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego.
- (<sup>5</sup>) We Włoszech punkty 6 i 7 wypełnia ASL lub Ministerstwo Zdrowia.
- (<sup>6</sup>) Jeśli formularz wystawiony jest przez instytucję niemiecką, francuską, węgierską, włoską lub portugalską, dotyczy on członka rodziny.
- (<sup>7</sup>) Należy wypełnić punkt 9 lub 10, odpowiednio, i zaznaczyć krzyżykiem w odpowiednim kwadracie.

**ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA  
W RAZIE WYPADKÓW PRZY PRACY I CHORÓB ZAWODOWYCH**

*Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 52 lit. a); art. 55 ust. 1 lit. a) ppkt i); lit. b) ppkt i oraz lit. c) ppkt i)*

*Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 60 ust. 1; art. 62 ust. 4 i 6; art. 63 ust. 1 i 3*

Jeśli o formularz wystąpiła instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu osoby zainteresowanej za pomocą formularza E 107, niniejszy formularz należy przesłać do tej instytucji, w przeciwnym razie należy go wysłać do osoby ubezpieczonej.

**Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.**

**Formularz składa się z trzech stron.**

1.	Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu <sup>(2)</sup>
1.1	Nazwa: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: ..... .....
1.4	Patrz: wasz formularz E 107 z dnia .....

2.	Osoba ubezpieczona
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
2.3	Imię (imiona): ..... Data urodzenia: .....
2.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....
2.5	Osoba ubezpieczona jest <input type="checkbox"/> pracownikiem najemnym <input type="checkbox"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (najemnym) <input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (prowadzącym działalność na własny rachunek) <input type="checkbox"/> bezrobotnym

3.	Na podstawie
3.1	<input type="checkbox"/> informacji przedstawionych w formularzu E 107 z dnia: .....
3.2	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy, który miał miejsce w dniu: ..... i który ma następujące konsekwencje: ..... .....
3.3	<input type="checkbox"/> choroby zawodowej rozpoznanej w dniu: ..... która ma następujące konsekwencje: .....
3.4	<input type="checkbox"/> upoważnienia wydanego przez nas osobie zainteresowanej do zachowania uprawnień do świadczeń rzeczowych w ..... (państwo), do którego wyjeżdża <input type="checkbox"/> w celu zamieszkania <input type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia

4. Wyżej wymieniona osoba ubezpieczona może otrzymywać świadczenia rzeczowe z tytułu  
 wypadku przy pracy  choroby zawodowej

- 4.1  przez okres przewidziany w ustawodawstwie państwa zamieszkania  
 4.2  od .....  do .....
- 4.3  maksymalnie przez okres trzech miesięcy  
 4.4  przez czas nieograniczony

5. Orzeczenie naszego lekarza przeprowadzającego badanie

- 5.1  jest dołączone w zaklejonej kopercie  
 5.2  zostało wysłane dnia ..... do<sup>(4)</sup>.....  
 .....  
 5.3  można od nas otrzymać na życzenie  
 5.4  nie zostało sporządzone

6. Instytucja właściwa

- 6.1 Nazwa: .....
- 6.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....
- 6.3 Adres: .....
- 6.4 Pieczęć ..... 6.5 Data: .....
- 6.6 Podpis: .....

#### Informacja dla osoby ubezpieczonej

Zaświadczenie to powinien Pan/Pani jak najszybciej złożyć w instytucji ubezpieczeniowej w państwie, do którego Pan/Pani wyjechał(-a), tj.:

#### w Belgii

- a) w przypadku otrzymywania świadczenia rzeczowego z tytułu choroby lub wypadku zaistniałego w życiu prywatnym: wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);  
 b) w przypadku świadczeń rzeczowych otrzymywanych z tytułu choroby zawodowej: „Fonds des maladies professionnelles” (Fundusz chorób zawodowych), 1210 Bruksela;

w Republice Czeskiej właściwemu „Zdravotní pojišťovna” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych);

na Cyprze do „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia, 1448 Lefkosia). Na wniosek osoby zainteresowanej otrzyma ona cypryjską kartę zdrowia upoważniającą do otrzymanie świadczeń rzeczowych w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej;

w Danii pomoc lekarską lub stomatologiczną można otrzymać poprzez skontaktowanie się w ramach publicznej służby zdrowia z lekarzem o specjalności ogólnej lub stomatologiem. Osoby wymagające nagłego leczenia szpitalnego mogą udać się bezpośrednio do szpitala publicznego;

w Niemczech do instytucji ubezpieczenia wypadkowego właściwej dla miejsca zamieszkania lub pobytu;

w Grecji zwykle regionalnemu lub lokalnemu oddziałowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie kartę zdrowia, uprawniającą do świadczeń rzeczowych;

w Hiszpanii do placówki służby zdrowia lub szpitala podlegającego hiszpańskiemu systemowi zabezpieczenia społecznego. Do formularza należy załączyć jego fotokopię;

w Estonii do „Eesti Haigekassa” (Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);

w Francji do „Caisse primaire d'assurance-maladie” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);

w Irlandii, w „Health Board” (Rada Zdrowia) właściwej ze względu na obszar złożenia wniosku;

#### we Włoszech

- a) dla świadczeń rzeczowych „ASL” (lokalna jednostka administracji ochrony zdrowia) właściwej dla danego obszaru; w przypadku marynarzy i personelu latającego lotnictwa cywilnego do Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Biuro ds. Zdrowia Pracowników Marynarki i Personelu Latającego Lotnictwa Cywilnego) właściwe dla danego obszaru;  
 b) w przypadku protez, większych urzędzeń, świadczeń prawnych i lekarskich oraz badań lekarskich lub zaświadczeń do regionalnego biura „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni” (INAIL, Krajowy Zakład Ubezpieczenia w razie Wypadków przy Pracy);

na **Łotwie** do „Veselibas obligatas apdrošinašanas valsts agentura” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego);

na **Litwie** do „Teritorinė ligonių kasa” (Terytorialny Fundusz Pacjentów); pomoc medyczna jest dostępna bez uprzedniego kontaktowania się z wymienioną instytucją;

w **Luksemburgu** do „Association d’assurance contre les accidents” (Towarzystwo Ubezpieczenia Wypadkowego);

na **Węgrzech** do właściwego „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (Wojewódzka Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych);

na **Malcie** do Jednostki ds. Uprawnień, 23, St. John Street, Valletta, CMR02;

w **Niderlandach** każdemu funduszowi chorobowemu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania; lub w razie pobytu czasowego do „Agis zorgverzekeringen” (Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Chorobowych), Utrecht. Pomoc lekarską, stomatologiczną lub farmaceutyczną można otrzymać bez uprzedniego kontaktowania się z „Agis zorgverzekeringen”;

w **Austrii** do „Gebietskrankenkasse” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego) właściwej dla miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu albo do „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt” (Zakład Powszechnego Ubezpieczenia Wypadkowego), Wiedeń;

w **Polsce** oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania;

w **Portugalii** do „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais”(Narodowe Centrum Przeciwdziałania Ryzykom Zawodowym), Lizbona;

w **Słowenii** właściwemu oddziałowi regionalnemu „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii) w miejscu zamieszkania;

na **Słowacji** do „zdravotná poisťovňa” (Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych) wybranego przez osobę ubezpieczoną;

w **Finlandii** do „Tapaturmavakuutuslaitosten liitto” (Federacja Zakładów Ubezpieczenia Wypadkowego);

w **Szwecji** do „försäkringskassan” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych). Pomoc w placówce służby zdrowia (szpital, lekarz, stomatolog itp.) można uzyskać bez uprzedniego kontaktowania się z wymienioną instytucją;

w **Zjednoczonym Królestwie** do placówki służby zdrowia (lekarz, stomatolog, szpital itp.), do której występuje się o leczenie;

w **Islandii** do „Tryggingastofnun Ríkisins” (Państwowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego), Reykjavik;

w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Urząd Gospodarki Krajowej);

w **Norwegii** do „lokale trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń). Pomoc można uzyskać bez uprzedniego kontaktowania się z wymienioną instytucją;

w **Szwajcarii** do „Caisse nationale Suisse d’assurance en cas d’accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio” (Krajowy Szwajcarski Fundusz Ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków), Lucerna. Pomoc w placówce służby zdrowia (szpital, lekarz, farmaceuta) można uzyskać bez uprzedniego kontaktowania się z wymienioną instytucją.

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Należy wypełnić jedynie w przypadku gdy formularz jest wydany na wniosek instytucji miejsca zamieszkania lub pobytu osoby ubezpieczonej. Jeżeli osoba ubezpieczona udaje się do Zjednoczonego Królestwa, jeden egzemplarz formularza należy również przesłać do Ministerstwa Pracy, Emerytur i Rent, Biuro Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>4</sup>) Nazwa i adres instytucji, do której przesłano orzeczenie lekarskie.



WNIOSEK O ZASIŁEK POGRZEBOWY

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 65  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 78

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.

1. Ja, niżej podpisany(-a):

1.1	Nazwisko(-a) <sup>(2)</sup> :	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne):
1.2	Imię (imiona):	Data urodzenia:
1.3	Osobisty numer identyfikacyjny:	
1.4	Instytucja, w której jestem ubezpieczony/ubezpieczona <sup>(3)(4)</sup> :	
1.5	Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:	
1.6	Adres:	

2. Niniejszym występuję o zasiłek pogrzebowy w związku ze śmiercią niżej wymienionej osoby<sup>(5)</sup>

3.

3.1	Nazwisko(-a):	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne):
3.2	Imię (imiona):	Data urodzenia:
3.3	Osobisty numer identyfikacyjny: .....	
3.4	Data śmierci: .....	
3.5	Przyczyna śmierci:	
	<input type="checkbox"/> choroba	<input type="checkbox"/> wypadek
	<input type="checkbox"/> choroba zawodowa	<input type="checkbox"/> wypadek przy pracy
	<input type="checkbox"/> działanie strony trzeciej	<input type="checkbox"/> inna przyczyna
3.6	Instytucja, w której osoba zmarła była ubezpieczona <sup>(3)(4)</sup> : .....	

4. Wnioskodawca  był  nie był na utrzymaniu osoby zmarłej
5. Osoba zmarła  była  nie była na moim utrzymaniu
6. Osoba zmarła  była  nie była zakwaterowana odpłatnie
- u wnioskodawcy
- w placówce, w której wnioskodawca jest zarządcą, członkiem personelu lub mieszkańcem<sup>(6)</sup>
7. Wnioskodawca  jest  nie jest przedsiębiorcą pogrzebowym ani przedstawicielem takiego przedsiębiorcy<sup>(6)(7)</sup>
- Wnioskodawca  jest  nie jest osobą prawną podlegającą prawu prywatnemu, która, na podstawie umowy ubezpieczeniowej, pokryła częściowo lub całkowicie koszty<sup>(6)</sup>
8. Koszt pogrzebu wyniósł<sup>(8)</sup> ..... i został poniesiony przez .....
9. Następujące dokumenty zostają załączone: .....

10. Proszę przekazać należną kwotę na moje konto numer IBAN: .....  
o następującym kodzie (kod BIC/SWIFT) .....  
W: .....

11. Data: .....

11.1 Podpis: .....

### Instrukcje dla wnioskodawcy

- a) *W celu otrzymania zasiłku pogrzebowego powinien Pan/Pani złożyć wniosek na niniejszym formularzu:*
- albo do właściwej instytucji ubezpieczeniowej,
  - albo do instytucji ubezpieczeniowej w miejscu, w którym Pan/Pani mieszka, tj.:
- w Belgii** do wybranej „mutualité” (lokalny fundusz ubezpieczeń chorobowych);  
**w Republice Czeskiej** do „Úřad práce” (urząd pracy) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
**w Danii** do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Zdrowia, Kopenhaga;  
**w Grecji** do lokalnego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA);  
**w Hiszpanii** do „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania;  
**w Francji** do instytucji, która przyznaje lub przyznałaby świadczenia rzeczowe z tytułu ubezpieczenia chorobowego;  
**w Irlandii** do Ministerstwa Opieki Społecznej, Dublin;  
**w Włoszech** do regionalnego biura INAIL;  
**na Łotwie** do „Valsts sociālas apdrošinašanas agentūra” (Państwowy Urząd ds. Ubezpieczenia Społecznego);  
**na Litwie** do „Savivaldybės socialinės paramos skyrius” (samorządowy wydział pomocy społecznej) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
**w Luksemburgu** do „Union des caisses de maladie” (Związek Kas Chorych);  
**w Austrii** do „Gebietskrankenkasse” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego) właściwej dla miejsca zamieszkania;  
**w Polsce** do oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – ZUS, właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu lub w przypadku pracowników rolnych do właściwego oddziału regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS, do Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (instytucja łącznikowa ds. systemów specjalnych);  
**w Portugalii, w części kontynentalnej** do „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Regionalne Centrum Solidarności i Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania; dla **Madery** do „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum Zabezpieczenia Społecznego Madery), Funchal; dla **Azorów** do „Centro de Prestações Pecuniárias” (Centrum ds. Świadczeń Pieniężnych) w miejscu zamieszkania;  
**w Słowenii** właściwemu oddziałowi regionalnemu „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
**na Słowacji** do „Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny” (Urząd Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny) w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby zmarłej;  
**w Finlandii** do „Kansaneläkelaitos” (Zakład Ubezpieczeń Społecznych), Helsinki;  
**w Szwecji** do „försäkringskassan” (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania lub pobytu;;  
**w Estonii** do „Sotsiaalkindlustusamet” (Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych), Tallin;  
**w Islandii** do „Tryggingastofnun Ríkisins” (Państwowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego), Reykiawik;  
**w Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej);  
**w Norwegii** do „lokale trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń) w miejscu zamieszkania lub pobytu;  
**w Szwajcarii** do „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.
- b) *Razem z wnioskiem powinien Pan/Pani przesłać następujące dokumenty:*
- w przypadku Belgii** odpis aktu zgonu wydanego przez urząd miejski, rachunki poniesionych kosztów pogrzebu, wszystkie dokumenty potwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo lub związek małżeński z osobą zmarłą albo, odpowiednio, wspólnego z nią zamieszkiwania;
  - w przypadku Danii** akt zgonu, proszę uważnie przeczytać „vejledning om ansøgning for begravelseshjælp” (pouczenie dotyczące wniosku o zasiłek pogrzebowy), które Pan/Pani otrzyma;
  - w przypadku Grecji** akt zgonu, książeczkę zdrowia, karty ubezpieczeniowe; w razie potrzeby rachunki poniesionych kosztów pogrzebu;
  - w przypadku Hiszpanii** akt zgonu, świadectwo potwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo albo rachunki poniesionych kosztów pogrzebu, jeśli wnioskodawca nie jest krewnym ani powinowatym osoby zmarłej;
  - w przypadku Francji** zawsze akt zgonu osoby ubezpieczonej, dodatkowo, o ile dotyczy:
    - jeśli ubezpieczona osoba była Pana żoną/ Pani małżonkiem, „fiche familiale d’état civil” (karta rodzinna z urzędu stanu cywilnego),
    - jeżeli jest Pan/Pani wstępnym zmarłej osoby (synem, córką, wnukiem, wnuczką itp.), „fiche familiale” (karta rodzinna z urzędu stanu cywilnego), potwierdzająca pokrewieństwo lub powinowactwo z osobą zmarłą,
    - jeżeli jest Pan/Pani wstępnym osoby zmarłej (ojciec, matka, dziadek, babcia itp.), „fiche individuelle” (karta indywidualna z urzędu stanu cywilnego),
    - jeżeli pozostawał(-a) Pan/Pani w jakikolwiek inny sposób faktycznie, całkowicie i stale na utrzymaniu osoby zmarłej, oświadczenie potwierdzające ten fakt;



w przypadku <b>Irlandii</b>	akt zgonu, świadectwo zawarcia związku małżeńskiego, o ile dotyczy, zestawienie przez przedsiębiorcę pogrzebowego przewidywanych kosztów pogrzebu lub rachunki kosztów pogrzebu, jeżeli zostały przez Pana/Panią poniesione;
w przypadku <b>Włoch</b>	akt zgonu, dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, oświadczenie na temat sytuacji rodzinnej, o ile dotyczy;
w przypadku <b>Łotwy</b>	akt zgonu;
w przypadku <b>Litwy</b>	akt zgonu;
w przypadku <b>Luksemburga</b>	akt zgonu, rachunki poniesionych kosztów pogrzebu, o ile dotyczy – zaświadczenie z urzędu miejskiego o wspólnym zamieszkanu małżonków;
w przypadku <b>Austrii</b>	akt zgonu, rachunki poniesionych kosztów pogrzebu;
w przypadku <b>Polski</b>	akt zgonu, oryginały rachunków poniesionych kosztów pogrzebu, oświadczenie potwierdzające fakt nieotrzymania żadnego podobnego zasiłku;
w przypadku <b>Portugalii</b>	akt zgonu i rachunki dotyczące poniesionych kosztów pogrzebu;
w przypadku <b>Słowenii</b>	aby otrzymać zwrot kosztów pogrzebu: akt zgonu lub rejestracja zgonu osoby ubezpieczonej, oryginał faktury za koszty usług pogrzebowych, aby otrzymać zasiłek pogrzebowy: akt zgonu lub rejestracja zgonu osoby ubezpieczonej, w przypadku śmierci współmałżonka – świadectwo zawarcia związku małżeńskiego, w przypadku śmierci rodzica dziecko musi przedłożyć akt urodzenia oraz zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub na uniwersytet (jeżeli ma powyżej 18 lat), wnioskodawcy nieubezpieczeni jako członkowie rodziny osoby zmarłej muszą przedłożyć odpowiedni dokument, zaświadczać fakt bycia na utrzymaniu osoby zmarłej do czasu jego/jej śmierci;
w przypadku <b>Słowacji</b>	akt zgonu i rachunki dotyczące poniesionych kosztów pogrzebu;
w przypadku <b>Estonii</b>	akt zgonu, jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą pogrzebowym, pismo od pełnomocnika prawnego osoby uprawnionej, jeżeli zgon nastąpił na terytorium Estonii, zaświadczenie w celu otrzymania zasiłku należy załączyć do aktu zgonu;
w przypadku <b>Finlandii</b>	akt zgonu, dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa i powinowactwa ze zmarłą osobą, jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą pogrzebowym, pismo od pełnomocnika prawnego osoby uprawnionej;
w przypadku <b>Szwecji</b>	akt zgonu, zaświadczenie potwierdzające przyczynę zgonu;
w przypadku <b>Liechtensteinu</b>	akt zgonu, zaświadczenie potwierdzające przyczynę zgonu, rachunki poniesionych kosztów pogrzebu;
w przypadku <b>Norwegii</b>	akt zgonu.

#### UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, w którym znajduje się instytucja wypełniająca formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>3</sup>) Proszę podać tylko, jeśli dotyczy osoby pracującej, emeryta/rencisty lub osoby ubiegającej się o emeryturę/rentę.
- (<sup>4</sup>) Proszę podać nazwę i adres.
- (<sup>5</sup>) Dla potrzeb instytucji portugalskich należy wypełnić załączoną stronę dodatkową.
- (<sup>6</sup>) Należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca występuje o świadczenie zgodnie z ustawodawstwem Belgii, w przypadku gdy wnioskodawca nie jest małżonkiem osoby zmarłej, krewnym lub powinowatym do trzeciego stopnia.
- (<sup>7</sup>) Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą pogrzebowym, występując o świadczenie zgodnie z ustawodawstwem Finlandii lub Estonii, powinien przesłać pismo od pełnomocnika prawnego osoby uprawnionej do świadczenia.
- (<sup>8</sup>) Proszę podać kwotę w walucie państwa zamieszkania wnioskodawcy.
- (<sup>9</sup>) Nie dotyczy instytucji irlandzkich.

DODATKOWE INFORMACJE  
DLA POTRZEB INSTYTUCJI PORTUGALSKICH

1. Małżonek/małżonka

1.1 Stan cywilny

Wdowiec/wdowa                       ponowne małżeństwo                       rozwiedziony/rozwiedziona

1.2 Czy w chwili śmierci osoba zmarła mieszkała pod jednym dachem i była na utrzymaniu osoby ubezpieczonej?

tak     nie

2. Dzieci uprawnione do zasiłku rodzinnego

	Nazwisko(-a)	Imiona	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Niepełnosprawne dziecko
2.1	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

IMIENNE ZESTAWIENIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH WYDATKÓW

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 36 ust. 1 i 2; art. 63 ust. 1; art. 87 ust. 1  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 93 ust. 1, 2, 4 i 5; art. 105 ust. 1

Należy wypełnić oddzielny formularz dla każdej osoby, która otrzymała świadczenia.

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.

1. Faktura nr: .....  pierwsza połowa  druga połowa roku budżetowego 20: .....

2. Instytucja właściwa, która jest adresatem formularza

2.1 Nazwa: .....

2.2 Numer identyfikacyjny instytucji: .....

2.3 Adres: .....

3. Osoba, która otrzymała świadczenia

3.1 Nazwisko(-a)<sup>(2)</sup>: .....

3.2 Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....

3.3 Imię (imiona): ..... Data urodzenia: .....

3.4 Osobisty numer identyfikacyjny<sup>(3)</sup>:  
(a) nadany przez instytucję właściwą  
.....  
(b) nadany przez instytucję wierzycielską  
.....

3.5 Osoba ubezpieczona jest  
 pracownikiem najemnym  
 osobą prowadzącą działalność na własny rachunek  
 pracownikiem przygranicznym (najemnym)  
 pracownikiem przygranicznym (prowadzącym działalność na własny rachunek)  
 bezrobotnym

4. Wyżej wymieniona osoba otrzymała świadczenia na podstawie następującego dokumentu:

4.1  Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego numer: ..... Data ważności: .....  
 certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego numer: .....  
z dnia: ..... ważnego od ..... do .....  
 formularza E: ..... z dnia ..... ważnego od ..... do .....

4.2 Wyżej wymieniona osoba została poddana badaniu lekarskiemu, o które wnioskowano w dniu .....

5. Wydatki poniesione		Kwota <sup>(4)</sup>
5.1	<b>Na świadczenia rzeczowe udzielone</b> od ..... do:.....	.....
	w wyniku <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> wypadku niebędącego wypadkiem przy pracy	
	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy lub choroby zawodowej	
5.2	Leczenia medycznego .....	.....
5.3	Leczenia stomatologicznego .....	.....
5.4	Leki .....	.....
5.5	Hospitalizacja od ..... do .....	.....
	od ..... do .....	.....
5.6	Inne świadczenia <sup>(6)</sup> .....	.....
	.....	.....
5.7	<b>Świadczenia rzeczowe ogółem</b> .....	.....
5.8	<b>Badania lekarskie<sup>(7)</sup></b> .....	.....
	.....	.....
5.9	<b>Na świadczenia pieniężne</b> zapewnione od ..... do .....	.....
5.10	<b>Wydatki ogółem</b> .....	.....
	.....	.....

6.	Instytucja wierzycielska	
6.1	Nazwa: .....	
6.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....	
6.3	Adres: .....	
	.....	
6.4	Pieczczęć <sup>(8)</sup>	6.5 Data: .....
		6.6 Podpis: .....
		.....

7.	Zarezerwowane dla instytucji w państwie właściwym

## UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (<sup>3</sup>) Jeżeli osoba, która otrzymała świadczenia, jest członkiem rodziny zarejestrowanej na podstawie formularza E 106, proszę wskazać osobisty numer identyfikacyjny osoby ubezpieczonej.
- (<sup>4</sup>) Należy wskazać kwotę w walucie krajowej.
- (<sup>5</sup>) Jeżeli formularz przesyłany jest instytucji szwajcarskiej.
- (<sup>6</sup>) Proszę wskazać rodzaj świadczenia: połów, protezy dentystyczne, protezy ortopedyczne, leczenie uzdrowiskowe, pogotowie ratunkowe, dodatkowe środki diagnostyczne itp.
- (<sup>7</sup>) Proszę wskazać rodzaj przeprowadzonych kontroli i badań lekarskich.
- (<sup>8</sup>) Elektronicznie wysłany i podpisany formularz nie musi być opatrzony pieczęcią.
-



STAWKI STOSOWANE PRZY REFUNDACJI ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 22 ust.1 lit. a) ppkt i); art. 22 ust. 3; art. 22 lit. a); art. 31 lit. a); art. 34 lit. a)  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 34

Institucja właściwa wypełnia część A formularza i przesyła, bezpośrednio lub poprzez instytucję łącznikową, dwa egzemplarze do instytucji odpowiedzialnej za dostarczanie świadczeń osobie zainteresowanej w kraju pobytu. Instytucja w miejscu pobytu po wypełnieniu części B formularza zwraca jeden egzemplarz do instytucji właściwej.

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Formularz składa się z trzech stron.

A. Wniosek

1.	Instytucja, która jest adresatem formularza <sup>(2)</sup>
1.1	Nazwa: .....
1.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
1.3	Adres: .....
	.....
	.....

2.	<input type="checkbox"/> Osoba uprawniona
2.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
	.....
2.3	Imię (imiona): .....
	Data urodzenia: .....
	.....
2.4	Osobisty numer identyfikacyjny: .....
	.....
2.5	Wyżej wymieniona osoba jest/była:
	<input type="checkbox"/> pracownikiem najemnym
	<input type="checkbox"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (najemnym)
	<input type="checkbox"/> pracownikiem przygranicznym (prowadzącym działalność na własny rachunek)
	<input type="checkbox"/> bezrobotnym

3.	Członek rodziny osoby uprawnionej, jeżeli otrzymywał świadczenia:
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Imię (imiona): .....
	Data urodzenia: .....
3.3	Osobisty numer identyfikacyjny : .....
	.....
4.	Wyżej wymieniona osoba
4.1	podczas pobytu w .....
	(państwo)
4.2	w .....
	(miasto)
4.3	zapłaciła za świadczenia, których udzielenie było niezbędne z powodu .....
	.....
5.	Na załączonych dowodach zapłaty proszę podać kwotę, osobno dla każdego świadczenia, która ma być refundowana osobie zainteresowanej zgodnie ze stawkami stosowanymi przez instytucję miejsca pobytu. Dotyczy wyłącznie Luksemburga: proszę wskazać kwotę, którą osoba zainteresowana powinna wnieść na poczet kosztów leczenia.
6.	Załączono ..... (liczba) dowodów zapłaty.

7.	Instytucja właściwa		
7.1	Nazwa: .....		
7.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
7.3	Adres: .....		
7.4	Pieczęć	7.5	Data: .....
		7.6	Podpis: .....

**B. Odpowiedź**

8. Załączono dowody zapłaty w liczbie ..... określające żądane stawki
9.  Kwota do zwrotu .....  Nie przyznano zwrotu kosztów

10.	Uwagi: .....		
	.....		
	.....		
	.....		

11.	Instytucja miejsca pobytu:		
11.1	Nazwa: .....		
11.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
11.3	Adres: .....		
11.4	Pieczęć	11.5	Data: .....
		11.6	Podpis: .....

**UWAGI**

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (2) Jeżeli instytucja odpowiedzialna za dostarczanie świadczeń rzeczowych nie jest znana, formularz może być przesłany do instytucji łącznikowej państwa pobytu, tj.:
- w **Belgii** do „Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)” (Narodowy Zakład Ubezpieczeń od Chorób i Inwalidztwa), Bruksela
  - w **Republice Czeskiej** do „CMU” (Centrum ds. Międzynarodowych Zwrotów), Praga;
  - w **Danii** do „Indenrings- og Sundhedsministeriet” (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Zdrowia), Kopenhaga;
  - w **Niemczech** do „DVKA” (Niemieckie Centrum Łącznikowe ds. Ubezpieczeń Chorobowych – Zagranica), Bonn;
  - w **Estonii** do „Eesti Haigekassa” (Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego);
  - w **Grecji** do regionalnego lub lokalnego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA); w przypadku marynarzy, do Funduszu Emerytalnego Marynarzy (NAT);
  - w **Hiszpanii** do „Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Narodowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Madryt;
  - w **Francji** do „Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale” (Centrum Europejskich i Międzynarodowych Instytucji Łącznikowych Zabezpieczenia Społecznego), Paryż;
  - w **Irlandii** do „Department of Health” (Ministerstwo Zdrowia), Dublin;
  - w **Włoszech** do „Ministero della Sanità” (Ministerstwo Zdrowia), Rzym;
  - na **Cyprze** do „Υπουργείο Υγείας” (Ministerstwo Zdrowia), 1448 Lefkosia;
  - na **Łotwie** do „Veselības obligātas apdrošināšanas valsts agentūra” (Państwowy Urząd ds. Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego), Ryga;
  - na **Litwie** do „Valstybinė ligonių kasa” (Państwowy Fundusz Pacjentów); Wilno;
  - w **Luksemburgu** do „Union des Caisses de Maladie” (Związek Kas Chorych), Luksemburg;
  - na **Węgrzech** do „Országos Egészségbiztosítási Pénztár” (Krajowa Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych), Budapeszt;
  - na **Malcie** do Jednostki ds. Uprawnień, Ministerstwo Zdrowia, 23; St. John Street, Valletta
  - w **Niderlandach** do „Agis zorgverzekeringen” (Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Chorobowych), Utrecht;
  - w **Austrii** do „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger” (Główne Stowarzyszenie Austriackich Instytucji Ubezpieczeń), Wiedeń;
  - w **Polsce** do Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa;
  - w **Portugalii** do „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social” (Departament Stosunków Międzynarodowych i Konwencji w sprawie Zabezpieczenia Społecznego), Lizbona;
  - w **Słowenii** „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija” (Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Słowenii – Dyrekcja), Lublana;
  - na **Słowacji** do „Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou” (Organ Nadzoru Opieki Zdrowotnej), Bratysława;



w **Finlandii** „Kansaneläkelaitos” (Instytucja Ubezpieczeń Społecznych), Helsinki;

w **Szwecji** do „Riksförsäkringsverket” (Krajowy Zarząd Ubezpieczeń Społecznych), Sztokholm;

w **Islandii** do „Tryggingastofnun Ríkisins” (Państwowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego), Reykiawik;

w **Liechtensteinie** do „Amt für Volkswirtschaft” (Biuro Gospodarki Narodowej), Vaduz;

w **Norwegii** do „Rikstrygdeverket” (Krajowy Zarząd Ubezpieczeń), Oslo;

w **Szwajcarii** do „Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (Wspólna Instytucja regulowana ustawą federalną o ubezpieczeniach chorobowych), Solothurn.

<sup>(3)</sup> Proszę podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.

---



IMIENNE ZESTAWIENIE MIESIĘCZNYCH WYPŁAT KWOT RYCZAŁTOWYCH

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 36 ust. 1 i 2  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 94; art. 95

Institucja miejsca zamieszkania wypełnia formularz na jeden rok kalendarzowy i przesyła do instytucji właściwej za pośrednictwem organu wyznaczonego do wdrożenia art. 102 ust. 2 rozporządzenia (EWG) nr 574/72.

Niniejszy formularz należy wypełnić literami drukowanymi, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykropkowanych.  
Należy wypełnić oddzielny formularz dla każdego emeryta/rencisty i każdego członka rodziny emeryta/rencisty.

1.	Zestawienie nr: .....	z roku 20: ..... <sup>(2)</sup>
----	-----------------------	---------------------------------

2.	Institucja właściwa
2.1	Nazwa: .....
2.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....
2.3	Adres: .....
	.....

3.	Prawo do świadczeń rzeczowych przysługuje
	<input type="checkbox"/> pracownikowi najemnemu <input type="checkbox"/> emerytowi/renciście
	<input type="checkbox"/> osobie prowadzącej działalność na własny rachunek
3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nazwisko(-a) rodowe (jeżeli inne): .....
3.3	Imie (imiona): ..... Data urodzenia: .....
	.....
3.4	Osobisty numer identyfikacyjny nadany przez instytucję właściwą: .....
	.....
3.5	Osobisty numer identyfikacyjny nadany przez instytucję wierzycielską: .....
	.....

4.	Niniejsze imienne zestawienie dotyczy
4.1	<input type="checkbox"/> rodziny osoby wymienionej w punkcie 3 zamieszkałej pod następującym adresem: .....
	.....
4.2	<input type="checkbox"/> emeryta/rencisty wymienionego w punkcie 3, zamieszkałego pod następującym adresem: .....
	.....
4.3	<input type="checkbox"/> następującego członka rodziny emeryta/rencisty wymienionego w punkcie 3
	<input type="checkbox"/> następującego członka rodziny osoby wymienionej w punkcie 3 <sup>(4)</sup>
4.3.1	Nazwisko(-a) <sup>(3)</sup> : .....
4.3.2	Imie (imiona): ..... Data urodzenia: .....
	.....
4.3.3	Adres: .....
	.....
4.3.4	Osobisty numer identyfikacyjny nadany przez instytucję właściwą: .....
	.....
4.3.5	Osobisty numer identyfikacyjny nadany przez instytucję wierzycielską: .....
	.....

5. Członkowie rodziny wyżej wymienionego pracownika najemnego lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek lub wyżej wymieniony emeryt lub rencista oraz członkowie jego rodziny są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, zgodnie z tym, co zostało poświadczane przez wasz

formularz E ..... z dnia ..... (data)

6. Za okres objęty tym uprawnieniem

(od ..... do .....),

- 6.1 liczba miesięcznych wypłat kwot ryczałtowych wynosi .....

- 6.2  na rodzinę, niezależnie od liczby członków rodziny i według jednej stawki cennikowej;  
 na emeryta/rencistę lub członków jego/jej rodziny – dla każdej osoby oddzielny formularz E i według tej samej stawki cennikowej dla emeryta/rencisty jak również dla członków jego/jej rodziny;  
 na osobę fizyczną<sup>(4)</sup>.

7.	Instytucja wierzycielska		
7.1	Nazwa: .....		
7.2	Numer identyfikacyjny instytucji: .....		
7.3	Adres: .....		
7.4	Pieczęć <sup>(5)</sup>	7.5	Data: .....
		7.6	Podpis: .....

#### UWAGI

- (1) Symbol państwa instytucji wypełniającej formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria
- (2) Należy podać pełne nazwisko w kolejności określonej przez stan cywilny.
- (3) Należy w tym miejscu wskazać rok, w którym pobierano świadczenia.
- (4) W przypadku specjalnego systemu wypłaty kwot ryczałtowych.
- (5) Elektronicznie wysłany i podpisany formularz nie musi być opatrzony pieczęcią.