

**Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie, na komputerze lub odręcznie piśmem trwałym, zgodnie z opisem pól.**

1. DANE OSOBY PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ				
Nazwisko		Imię (imiona)		
PESEL (jeżeli został nadany) .....		Dokument potwierdzający tożsamość Seria ..... Numer .....		
1.1 Adres w państwie UE/EFTA, do którego przenoszona jest działalność zawodowa:				
Miejscowość		Kod pocztowy	Nr telefonu	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu
1.2 Adres do korespondencji (należy wypełnić, jeżeli inny niż w punkcie 1.1)				
Państwo		Miejscowość	Kod pocztowy	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu	Nr telefonu
2. STATUS OSOBY PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ (zaznaczyć właściwe)				
2.1	<input type="checkbox"/> Pracownik najemny w Polsce oddelegowany do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy			
2.2	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek przenosząca czasowo prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy			
2.3	<input type="checkbox"/> Osoba będąca w służbie zagranicznej oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy			
3. DANE /ZAGRANICZNEJ KASY CHORYCH W MIEJSCU CZASOWEGO WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI ZAWODOWEJ				
Nazwa				
Państwo		Miejscowość		
Adres				
4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)				
<input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> za pośrednictwem osoby upoważnionej <input type="checkbox"/> pocztą na adres wskazany w pkt. ...				

Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE albo EFTA.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a, o obowiązku, o którym mowa art. 3 ust. 2 rozporządzenia Rady i PE (WE) nr 987/2009 z dn. 16.09.2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, przekazywania ..... Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia mojej sytuacji ubezpieczeniowej.

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

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy

<b>POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1</b> Wypełnia się w przypadku odbioru osobistego	..... / ..... / .....	(dd/mm/rrrr)
	..... (czytelny podpis osoby upoważnionej)	

## WAŻNE INFORMACJE

**Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ** wydawany jest osobom czasowo przenoszącym wykonywanie działalności zawodowej do innego państwa UE: do Austrii, Belgii, Bułgarii, Chorwacji, na Cypr, do Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, na Litwę, do Luksemburga, na Łotwę, Maltę, do Niemiec, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, na Węgry, do Wielkiej Brytanii i do Włoch oraz w innym państwie EFTA: Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii, które łącznie spełniają następujące warunki:

- podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ,
- co do których fakt czasowego przeniesienia wykonywania działalności zawodowej do innego państwa UE/EFTA nie skutkuje utratą prawa do pozostawania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego.

**Z WNIOSKIEM O WYDANIE DOKUMENTU S1 OSOBIE CZASOWO PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ DO INNEGO PAŃSTWA UE/EFTA W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA** w szczególności wystąpić może:

1. **Pracownik oddelegowany do wykonywania na terenie innego państwa UE/EFTA pracy najemnej na rzecz polskiego pracodawcy; do grupy tej należą m.in. osoby posiadające status urzędnika służby cywilnej lub funkcjonariusza państwowego,**  
oraz
2. **Osoba pracująca na własny rachunek, która czasowo przenosi prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy**

Do wniosku należy załączyć wydany przez ZUS dokument A1 wydany na okres równy lub dłuższy 12 miesięcy

3. **Osoba będąca w służbie zagranicznej, w tym członkowie korpusu dyplomatycznego lub korpusu konsularnego, oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy,**

Do wniosku należy załączyć zaświadczenie wystawione przez jednostkę delegującą zawierające informację, że do osoby tej zastosowanie mają Konwencje wiedeńskie o stosunkach dyplomatycznych lub konsularnych, w którym przewidywany okres oddelegowania jest równy lub dłuższy niż 12 miesięcy

**UWAGA! Dokumentu S1 nie wystawia się członkom rodziny, którzy towarzyszą przez okres oddelegowania osobie ubezpieczonej w państwie UE/EFTA, do którego czasowo przenosi ona działalność zawodową.** W celu zabezpieczenia przebywającym w tym samym państwie UE/EFTA członkom rodziny dokument S1 należy przedłożyć w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w państwie UE/EFTA celem zarejestrowania w tej instytucji osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 oraz przebywających wraz z nią w tym samym państwie członków jej rodziny. W razie problemów z zarejestrowaniem w instytucji miejsca zamieszkania członka rodziny z tego powodu, że nie posiada on dokumentu S1 wydanego na niego imiennie, należy niezwłocznie skontaktować się z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, który wydał dokument S1 dla osoby ubezpieczonej.

## INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

Punkt 1	Należy wpisać dane pracownika oddelegowanego albo osoby pracującej na własny rachunek, któremu/-ej ma być wydany dokument S1
Punkt 1.1	Należy wpisać adres w państwie UE/EFTA, do którego przenoszona jest działalność zawodowa
Punkt 1.2	Należy uzupełnić, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres wskazany w punkcie 1.1
Punkt 2	Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat zgodnie z poniższym opisem:
Punkt 2.1	Dotyczy w szczególności: - osoby, która posiada status pracownika najemnego w Polsce oddelegowanej do wykonywania w innym państwie UE/EFTA pracy najemnej na rzecz polskiego pracodawcy przez okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy, - urzędników lub funkcjonariuszy następujących urzędów i służb: ABW, AW, BBN, BOR, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, Policji, Służby Celnej, Straży Granicznej, sędzia, prokurator, żołnierz zawodowy,
Punkt 2.2	Dotyczy osoby pracującej na własny rachunek w Polsce, która przenosi czasowo prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy
Punkt 2.3	Dotyczy osoby w służbie zagranicznej, w tym członka korpusu dyplomatycznego lub konsularnego oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy
Punkt 3	Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, tzn. kasy chorych w państwie, do którego przenoszona jest działalność zawodowa, w której zostanie zarejestrowany dokument S1
Punkt 4	Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu. W przypadku wyboru opcji „za pośrednictwem osoby upoważnionej” – przy odbiorze dokumentu S1 osoba upoważniona powinna okazać upoważnienie zawierające serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (zawierającego zdjęcie) osoby upoważnionej oraz podpis osoby zamieszkałej w innym państwie UE/EFTA lub jej przedstawiciela ustawowego
Punkt 5	Jest wypełniany przy osobistym odbiorze dokumentu S1

## UWAGA!

**Wnioski, w których nie zostanie wpisana data wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!**