



Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE FORMULARZA: 1)					
E -123					
2. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:					
2.1	Nazwisko	2.2	Imię (imiona)	2.3	Nazwisko rodowe
2.4	Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	2.5	Obywatelstwo	2.6	PESEL/ NIP
2.7	Adres miejsca zamieszkania w Polsce:				
	Państwo		Miejscowość		
	Gmina		Kod pocztowy	Ewentualny telefon kontaktowy	
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
2.8	Adres miejsca zamieszkania w państwie członkowskim:				
	Państwo		Miejscowość		
	Kod pocztowy		Ewentualny telefon kontaktowy		
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
3. TYTUŁ /-Y/ DO UZYSKANIA FORMULARZA (zaznaczyć właściwe)					
<input type="checkbox"/> WYPADEK PRZY PRACY			<input type="checkbox"/> CHOROBA ZAWODOWA		
4. <input type="checkbox"/> PRACODAWCA 2) (zaznaczyć właściwe)			4. <input type="checkbox"/> WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ 3) (zaznaczyć właściwe)		
4.1	Nazwa pracodawcy lub własnej działalności:		NIP/ REGON:		
4.2	Adres siedziby pracodawcy/ własnej działalności:				
	Państwo		Miejscowość		
	Gmina		Kod pocztowy	Ewentualny telefon kontaktowy	
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
5. PAŃSTWO POBYTU/ ZAMIESZKANIA					
Kraj 4) Okres pobytu od do roku 5)					
6. PRZYCZYNA WYDANIA FORMULARZA 6) (zaznaczyć właściwe)					
6.1	<input type="checkbox"/> Osoba zainteresowana zamieszkuje w innym niż Polska państwie członkowskim UE lub EOG;		<input type="checkbox"/> Wyjazd pracownika dyplomatycznego lub konsularnego oddelegowanego do polskiej placówki w innym państwie członkowskim UE lub EOG		
	<input type="checkbox"/> Pracownik delegowany lub osoba czasowo prowadząca działalność na własny rachunek w innym państwie członkowskim UE lub EOG, który uległ wypadkowi przy pracy lub została u niego stwierdzona choroba zawodowa;		<input type="checkbox"/> Uzyskanie zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego UE lub EOG w celu poddania się tam planowanemu leczeniu w zakresie skutków wypadku przy pracy i choroby zawodowej;		
<input type="checkbox"/> Praca w charakterze pracownika transportu międzynarodowego;		<input type="checkbox"/> Zmiana miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego UE lub EOG;			
<input type="checkbox"/> Praca w charakterze pracownika przygranicznego;		<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona lub wykonująca działalność na własny rachunek w innym państwie członkowskim UE lub EOG			
<input type="checkbox"/> Praca w charakterze pracownika sezonowego;					
6.2	Wypadek przy pracy lub stwierdzenie choroby zawodowej nastąpiło w / dd,mm,rrrr/ roku.				
7. SPOSÓB ODBIORU FORMULARZA (zaznaczyć właściwe)					
<input type="checkbox"/> osobiście		<input type="checkbox"/> pocztą na adres zamieszkania		<input type="checkbox"/> pocztą na adres:	
		<input type="checkbox"/> za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem)		

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające posiadanie ubezpieczenia oraz bieżące opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne w ilości załączników⁷⁾. Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr)

Czytelny podpis osoby wnoszącej lub pracodawcy⁸⁾

OBJAŚNIENIA:

- 1) Formularz E 123 – „Zaświadczenie dotyczące uprawnień do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych” wydawany jest w sytuacji gdy osoba jest pracownikiem najemnym lub prowadzi działalność na własny rachunek, która uległa wypadkowi przy pracy lub zapadła na chorobę zawodową i:
 - przebywa czasowo na terytorium innego państwa członkowskiego, poza państwem właściwym do finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej (art. 55.1.a.i rozporządzenia nr 1408/71 w zw. z art. 62 rozporządzenia nr 574/72);
 - po uzyskaniu prawa do świadczeń udzielanych na rachunek instytucji właściwej, uzyska zgodę instytucji na powrót na terytorium państwa członkowskiego, w którym zamieszkuje albo na przeniesienie swojego miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego (art. 55.1.b.i rozporządzenia nr 1408/71 w zw. z art. 63 rozporządzenia nr 574/72);
 - instytucja udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego, w celu uzyskania zabiegów leczniczych, właściwych w stanie jej zdrowia (art. 55.1.c.i rozporządzenia nr 1408/71 w zw. z art. 63 rozporządzenia nr 574/72);
 - zamieszkuje na terytorium innego państwa członkowskiego niż państwo właściwe (art. 52.a rozporządzenia nr 1408/71 w zw. z art. 60 rozporządzenia nr 574/72);
 - jest pracownikiem przygranicznym, tzn. osobą pracującą w Polsce, gdzie jest ubezpieczona, a mieszkającą w innym graniczącym z polską państwie członkowskim, do którego powraca codziennie lub przynajmniej raz w tygodniu;
 - jest pracownikiem sezonowym, tzn. osobą stale zamieszkującą na terytorium jednego państwa członkowskiego, a w Polsce wykonującą na rzecz polskiego pracodawcy pracę o charakterze sezonowym (pracę, której okres wykonywania nie przekracza 8 miesięcy i która zależna jest od następstw pór roku i powtarza się cyklicznie);
- 2) Firma albo nazwa pracodawcy lub podmiotu, którego, zgodnie z przepisami art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2002, Nr 199, poz. 1673 z późn. zm.), należy traktować jako pracodawcę;
- 3) Nazwa pod jaką osoba zainteresowana prowadzi działalność gospodarczą oraz adres jej prowadzenia;
- 4) Należy podać nazwę państwa, w którym miał miejsce wypadek przy pracy lub stwierdzono chorobę zawodową;
- 5) Należy wypełnić w przypadku pobytu czasowego np. pracownicy oddelegowani, oraz w przypadku wykonywania pracy sezonowej;
- 6) Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat w zależności od charakteru pobytu/ zamieszkania w innym państwie członkowskim;
- 7) Zgodnie z art. 215 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego, dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 8) Podpisuje pracodawca lub osoba wymieniona w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, jeżeli to on występuje z wnioskiem o wydanie formularza E-123.

Dokumenty, jakie należy dołączyć do wniosku o wydanie formularza E-123

Dokumenty, które należy dołączyć do wniosku o wystawienie formularza E 123:

- kserokopia dowodu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego - w każdym przypadku;
- kserokopia dokumentu potwierdzającego bieżące opłacanie składek przez o ubezpieczonego na ubezpieczenie zdrowotne (np. RMUA) - w każdym przypadku;
- kserokopia dokumentu zawierającego opis zdarzenia, okoliczności i przyczyny wypadku sporządzony odpowiednio przez polskiego lub zagranicznego pracodawcę (zgodnie z ww. ustawą o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy i chorób zawodowych w stosunku do polskich pracodawców będą to: wobec pracowników polskich – protokół wypadkowy, w przypadku osób nie mających statusu pracownika – karta wypadku, lub odpowiedniki tych dokumentów stosowane w innych państwach członkowskich UE lub EOG - w każdym przypadku);
- kserokopia zaświadczenia polskiego lub zagranicznego lekarza zawierający rozpoznanie choroby zawodowej lub skutków wypadku przy pracy, stan zdrowia ubezpieczonego albo orzeczenie o niezdolności do pracy, całkowitej lub częściowej wydane przez lekarza orzecznika ZUS, zawierające ocenę tej niezdolności, jej stopnia oraz datę powstania niezdolności do pracy, trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności, związku przyczynowego niezdolności do pracy z określonymi okolicznościami - w każdym przypadku;
- kserokopia decyzji ZUS w sprawie przyznania świadczeń pieniężnych określonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy i chorób zawodowych, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy w wyniku choroby zawodowej lub wypadku przy pracy, wraz z podaniem przewidywanego okresu niezdolności do pracy – w odniesieniu do rencistów pobierających rentę z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- kserokopia dokumentu potwierdzającego sezonowy charakter pracy - w przypadku pracowników sezonowych;
- jeżeli osoba jest zatrudniona w kilku państwach członkowskich (w tym w Polsce) lub jest pracownikiem sezonowym, i zamieszkuje w Polsce - dowód zgłoszenia osoby do polskiego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania pracy w innym państwie członkowskim UE lub EOG. Dotyczy to odpowiednio osób prowadzących działalność na własny rachunek w kilku państwach członkowskich, w tym również w Polsce, gdzie zamieszkuje;
- jeżeli osoba jest zatrudniona w kilku państwach członkowskich innych niż Polska lub jest pracownikiem sezonowym w państwach UE lub EOG innych niż Polska, ale zamieszkuje w Polsce - dowód zgłoszenia osoby do polskiego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania pracy w innym/ innych państwie/ państwach członkowskim/ członkowskich UE lub EOG. Dotyczy to odpowiednio osób prowadzących działalność na własny rachunek w kilku państwach członkowskich, innych niż Polska, o ile zamieszkuje w Polsce);
- oświadczenie podmiotu zobowiązanego do sporządzenia protokołu wypadkowego/ karty wypadkowej (jeżeli świadczenie ambulatoryjne miało miejsce nie dłużej niż tydzień).

Dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne w NFZ, który osoba zainteresowana powinna dołączyć do wniosku może być:

1. Dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

- kserokopia dowodu wpłaty składki na ubezpieczenie społeczne w przypadku składki odprowadzanej przez rolników do KRUS;
- zaświadczenie z KRUS o opłaceniu składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS;
- kserokopia dowodu wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek;
- kserokopia odcinka renty lub emerytury;
- kserokopia dowodu wpłaty składki wraz z kserokopią zawartej umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

2. Dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, który pośrednio wskazuje na podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu (oprócz dokumentu potwierdzającego opłacenie składki) np.:

- aktualne dokumenty zawierające zestawienie należnych składek zdrowotnych: ZUS RMUA, ZUS RZA, ZUS RCA;
- kserokopia legitymacje rencisty/ emeryta, legitymacji ubezpieczeniowej z ważną pieczęcią zakładu pracy, zaświadczenia o pobieraniu zasiłku przedemerytalnego;
- zaświadczenie wystawione przez płatnika składek o zgłoszeniu osoby do ubezpieczenia zdrowotnego;
- zaświadczenie wystawione przez urząd pracy w przypadku bezrobotnych niepodlegających ubezpieczeniu z innego tytułu.