

**Rejestracja w celu objęcia opieką zdrowotną**

Rozporządzenia UE nr 883/04 oraz 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Zaświadczenie potwierdzające prawo Pana/Pani i członków Pana/Pani rodziny do świadczeń z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca (np. opieki zdrowotnej, leczenia itd.) w państwie miejsca zamieszkania. Uprawnienia przysługują członkom rodziny wyłącznie jeżeli spełniają oni warunki określone w ustawodawstwie państwa miejsca zamieszkania.

Zaświadczenie należy przedłożyć możliwie najszybciej w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania (**). Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

- | | |
|---|--|
| 1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim | |
| 1.2 Nazwisko | |
| 1.3 Imię | |
| 1.4 Nazwisko rodowe (***) | |
| 1.5 Data urodzenia | |
| 1.6 Adres w państwie miejsca zamieszkania | |
| 1.6.1 Ulica, nr | 1.6.3 Kod pocztowy |
| 1.6.2 Miasto | 1.6.4 Symbol państwa |
| 1.7 Status | |
| <input type="checkbox"/> 1.7.1 Osoba ubezpieczona | <input type="checkbox"/> 1.7.2 Członek rodziny osoby ubezpieczonej |
| <input type="checkbox"/> 1.7.3 Emeryt/rencista | <input type="checkbox"/> 1.7.4 Członek rodziny emeryta/rencisty |
| <input type="checkbox"/> 1.7.5 Osoba ubiegająca się o przyznanie emeryta/rencisty | |

2. ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE Z TYTUŁU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

- 2.1 Posiadacz otrzymuje świadczenia pieniężne z tytułu opieki długoterminowej

(*) Art. 17, 22, 24, 25, 26 i 34 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 24 i 28 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) W Hiszpanii, Szwecji i Portugalii zaświadczenie należy przedłożyć odpowiednio w Regionalnej Dyrekcji Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego (INSS), instytucji ubezpieczeń społecznych i instytucji zabezpieczenia społecznego w miejscu zamieszkania.

(***) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji

S1



Rejestracja w celu objęcia opieką zdrowotną

3. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

(należy wypełnić, jeżeli osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia innej osoby)

3.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

3.2 Nazwisko

3.3 Imiona

3.4 Nazwisko rodowe (*)

3.5 Data urodzenia

3.6 Adres ubezpieczonego, jeżeli jest inny niż podany w pkt 1.6

3.6.1 Ulica, nr

3.6.3 Kod pocztowy

3.6.2 Miasto

3.6.4 Symbol państwa

4. OKRES UBEZPIECZENIA OD/DO:

4.1 Data rozpoczęcia

4.2 Data zakończenia

5. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

5.1 Nazwa

5.2 Ulica, nr

5.3 Miasto

5.4 Kod pocztowy

5.5 Symbol państwa

5.6 Identyfikator instytucji

5.7 Numer faksu

5.8 Numer telefonu

5.9 E-mail

5.10 Data

5.11 Podp

PIECZĘĆ

(*) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.