

**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 – Instituzione 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.