

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

Institucja 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) ⁽²⁾ :	
1.2	Imię (imiona) ⁽³⁾ :	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 ⁽⁴⁾ :	
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 ⁽⁵⁾
	w (państwo), do którego się udaje	
2.1	<input type="checkbox"/> w celu zamieszkania	
2.2	<input type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia w ⁽⁶⁾ 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 ⁽⁷⁾	
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.