NFZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	WNIOSEK O WYDANIE FORMULARZA E 121

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. DANE EMERYTA/RENCISTY (1) POBIERAJĄCEGO POLSKIE ŚWIADCZENIA

1.1	Nazwisko	1.2	Imię (imiona)	1.3	Nazwisko rodowe
1.4	Data urodzenia (dd /mm/ rrrr)	1.5	Obywatelstwo	1.6	PESEL
1.7	NIP	1.8	Dokument stwierdzający tożsamość	1.9	Seria i numer dokumentu tożsamości

1.10	Miejsce zamieszkania:		
	Państwo	Miejscowość	
	Gmina (2)	Kod pocztowy	Ewentualny telefon kontaktowy
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
1.11	Polski organ wypłacający emeryturę/rentę (3) *(pełna nazwa oddziału, adres)* .... Nr i symbol emerytury/renty		
1.12	Instytucje innych niż Polska państw UE oraz pozostałych państw EOG (4) wypłacające emeryturę/rentę *(państwo, nazwa instytucji, numer świadczenia, okres pracy w tym państwie)* .... Inne tytuły do świadczeń zdrowotnych w Polsce lub innym państwie UE oraz pozostałych państwach EOG *(podać państwo oraz tytuł, np. zatrudnienie, działalność na własny rachunek)*		
1.13	**Osoba wnioskująca o wystawienie formularza :** ☐ emeryt/rencista ☐ małżonek emeryta/rencisty ☐ dziecko emeryta/rencisty ☐ inny członek rodziny emeryta/rencisty		

2. DANE CZŁONKÓW RODZINY EMERYTA/RENCISTY (5), DLA KTÓRYCH MA BYĆ WYSTAWIONY FORMULARZ E 121

Lp.	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd/ mm/ rrrr)	Stopień pokrewieństwa	PESEL	NIP	Seria i nr dokumentu tożsamości [1]
2.1							
2.2							
2.3							

Adres zamieszkania członków rodziny osoby wnioskującej *(wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż podany w punkcie 1.10)*	
osoby z pkt 2.1	
osoby z pkt 2.2	
osoby z pkt 2.3	

2.4 Stopień niepełnosprawności (6):

3. SPOSÓB ODBIORU FORMULARZA *(zaznaczyć właściwe)*

☐ osobiście	☐ pocztą na adres zamieszkania	☐ za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem)	☐ pocztą na adres: ....

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 wnioskującej lub opiekuna prawnego

[1] Wypełnić w przypadku braku nr PESEL i NIP

NFZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	WNIOSEK O WYDANIE FORMULARZA E 121

INSTRUKCJA DO WNIOSKU O WYDANIE FORMULARZA E 121

(1) - osoba otrzymująca świadczenie emerytalne lub rentowe z ZUS, KRUS, Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, Wojskowego Biura Emerytalnego, Biura Emerytalnego Służby Więziennej, lub uposażenie z jednostki organizacyjnej Ministerstwa Sprawiedliwości wypłacającej uposażenia sędziom i prokuratorom w stanie spoczynku oraz członkom ich rodzin (odnosi się do punktów 1.1 – 1.9 Wniosku o wydanie formularza E 121).

(2) - pkt 1.10 - w polu „Gmina" należy wpisać nazwę najmniejszej jednostki podziału terytorialnego, na obszarze której wnioskujący zamieszkuje,

(3) - pkt 1.11 - należy wpisać pełną nazwę, adres organu emerytalno-rentowego lub jednostki organizacyjnej Ministerstwa Sprawiedliwości wypłacającej uposażenie sędziom i prokuratorom w stanie spoczynku oraz członkom ich rodzin.

(4) - pkt 1.12 - należy wpisać kolejno: państwo, nazwę instytucji zagranicznej wypłacającej emeryturę/rentę, numer świadczenia oraz długość okresu pracy w tym państwie. EOG (Europejski Obszar Gospodarczy) obejmuje: wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Islandię, Lichtenstein i Norwegię.

(5) - pkt 2 - należy wpisać dane tylko tych członków rodziny, którzy nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, osoby posiadające inny tytuł do ubezpieczenia w jednym z państw członkowskich UE lub EOG, w tym również w Polsce nie są uprawnione do świadczeń zdrowotnych np. z tytułu pracy, działalności na własny rachunek lub zamieszkania.

(6) – pkt 2.4 - należy wpisać dane dziecka posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

1. dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń emerytalno-rentowych, zawierające nazwę i adres organu wypłacającego świadczenie, rodzaj oraz numer i symbol świadczenia (decyzja o przyznaniu świadczenia, decyzja rewaloryzacyjna), w tym również kserokopia legitymacji emeryta – rencisty (z wyłączeniem wizerunku);
2. dla członków rodziny emeryta/rencisty: kserokopia dowodu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny, orzeczenie o niepełnosprawności dziecka.
3. kopie wyżej wymienionych dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem tj. opatrzone pieczęcią, zawierające bieżącą datę i podpis osoby odpowiedzialnej za ich wystawienie.

WYPEŁNIONY WNIOSEK NALEŻY PRZESŁAĆ NA ADRES:

Narodowy Fundusz Zdrowia
Mazowiecki Oddział Wojewódzki
ul. Prosta 69
00- 838 Warszawa
Polska

W przypadku wątpliwości prosimy kontaktować się z Mazowieckim Oddziałem NFZ w Warszawie: tel. 00 48 (22) 444 15 24, 444 15 01, 444 15 02, fax. 00 48 (22) 444 15 30.

UWAGA

Wszelkie zmiany danych zawartych we wniosku należy niezwłocznie zgłaszać do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Warszawie.

Szanowni Państwo,

1 maja 2004 roku Polska wstąpiła do Unii Europejskiej, stając się jednocześnie członkiem Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG)[1] . W związku z tym, osoby zamieszkałe w krajach EOG i pobierające świadczenia emerytalne lub rentowe z ZUS, KRUS lub Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, Wojskowego Biura Emerytalnego, Biura Emerytalnego Służby Więziennej lub z jednostki organizacyjnej Ministerstwa Sprawiedliwości wypłacającej uposażenia sędziom i prokuratorom w stanie spoczynku oraz członkom ich rodzin, mają możliwość uzyskania prawa do korzystania ze świadczeń medycznych na koszt Polski.

Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa koszty leczenia po spełnieniu poniższych warunków:

- **nie jest Pani/Pan czynna/y zawodowo,**
- **nie pobiera Pani/Pan także emerytury/renty z kraju zamieszkania,**
- **nie pobiera Pani/Pan emerytury/renty z innego niż Polska lub kraj zamieszkania państwa EOG, w którym pracowała/ł Pani/Pan dłużej niż w Polsce.**

Dokumentem na podstawie, którego przysługuje Pani/Panu prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania jest formularz E 121 „ Zaświadczenie o zarejestrowaniu emeryta/rencisty lub członków jego rodziny i o aktualizacji wykazów". W celu uzyskania tego formularza należy wypełnić załączony do niniejszego pisma „Wniosek o wydanie formularza E 121" i odesłać go wraz z wymaganymi dokumentami na adres Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (adres poniżej). Na podstawie złożonego przez Panią/Pana wniosku, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ wystawi formularz E 121 i odeśle na wskazany we wniosku adres. Narodowy Fundusz Zdrowia prześle do Pani/Pana następnie formularz E121.

Po otrzymaniu formularza E 121 należy go niezwłocznie zarejestrować w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego miejsca zamieszkania. Na jego podstawie zostanie wydany Pani/Panu wewnętrzny dokument uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania.

Jednocześnie uprzejmie informujemy, że z chwilą zarejestrowania formularza E 121 w instytucji miejsca zamieszkania, stanie się ona odpowiedzialna za wydanie Pani/Panu formularza E 111 (dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych podczas czasowego pobytu w innym niż państwo zamieszkania, państwie członkowskim UE, również w Polsce) oraz innych potrzebnych formularzy potwierdzających uprawnienia do opieki zdrowotnej na terytorium wszystkich państw członkowskich.

W przypadku, gdy państwem właściwym do finansowania Pani/Pana świadczeń zdrowotnych w państwie Pani/Pana zamieszkania jest Polska, po wydaniu formularza E 121 będzie potrącana z Pani /Pana emerytury lub renty składka na ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia. W roku 2004 wysokość składki wynosi 8,25 %. Składka będzie wzrastać corocznie o 0,25% do kwoty 9 % w roku 2007. Wysokość wypłacanej emerytury/renty będzie obniżona o składkę na ubezpieczenie zdrowotne, jeśli emerytura/renta jest opodatkowana, zgodnie z umową międzynarodową tylko w kraju zamieszkania. Jeżeli emerytura/renta jest opodatkowana w Polsce, będzie ona obniżona o 0,5 % w 2004 roku.

Uprzejmie informujemy, że prawem do korzystania ze świadczeń medycznych na koszt Polski mogą być także objęci członkowie Pani/Pana rodziny, którzy nie posiadają prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych z innego tytułu w kraju zamieszkania lub w pozostałych państwach członkowskich UE i EOG.

Bardzo prosimy o wnikliwe przeczytanie wniosku i instrukcji jego wypełnienia. Wniosek należy dokładnie wypełnić, zwracając szczególną uwagę na punkty dotyczące świadczeń z innego tytułu niż polska emerytura/renta. Dotyczy to także członków rodziny.

Wszelkie zmiany danych zawartych we wniosku prosimy zgłaszać do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Warszawie.

W przypadku wątpliwości prosimy kontaktować się z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ
w Warszawie.

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
00-838 Warszawa ul. Prosta 69
Fax 00-48 (22) 444 15 30 Tel. 00-48 (22) 444 15 24, 444 15 01, 444 15 02
e-mail: oddzial@nfz-warszawa.pl http://www.nfz-warszawa.pl

[1] Do EOG należą wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Islandia, Lichtenstein i Norwegia.