

**ZAŚWIADCZENIE DLA POTRZEB REJESTRACJI CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZATRUDNIONEJ LUB OSOBY PRACUJĄCEJ NA WŁASNY RACHUNEK
ORAZ AKTUALIZACJI WYKAZÓW**

Rozporządzenie (EWG) 1408/71: Artykuł 19.2
Rozporządzenie (EWG) 574/72: Artykuł 17.1, 2, 3 i 4; Artykuł 94.4

Institucja właściwa powinna wypełnić część A formularza i przesłać dwa egzemplarze tego formularza osobie ubezpieczonej lub wysłać je – w razie potrzeby – za pośrednictwem instytucji łącznikowej do instytucji miejsca zamieszkania, jeśli zaświadczenie zostało wystawione na wniosek tej instytucji. Jeśli członkowie rodziny osoby ubezpieczonej mieszkają w Zjednoczonym Królestwie, instytucja właściwa powinna wysłać dwa egzemplarze do Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle upon Tyne (Ministerstwo Zabezpieczenia Społecznego, Biuro Świadczeń, Dyrekcja ds. Świadczeń Zagranicznych). Po otrzymaniu obydwóch egzemplarzy instytucja miejsca zamieszkania powinna wypełnić część B formularza i zwrócić jeden egzemplarz instytucji właściwej. Jeśli członkowie rodziny mieszkają w różnych państwach, dla każdego z państw należy wystawić osobne zaświadczenie.

A. Powiadomienie o uprawnieniu

1	Institucja miejsca zamieszkania (²)
1.1	Nazwa:
1.2	Adres (³):
1.3	Patrz: wasz formularz E 107 z dnia (data)

2	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	
	<input type="checkbox"/> Pracownik sezonowy	<input type="checkbox"/> Pracownik przygraniczny	
2.1	Nazwisko (^{3a})		
2.2	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska (^{3a})	Data urodzenia
2.3	Adres (³)		
2.4	Nr identyfikacyjny (^{3b})		
2.5	Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> jest	<input type="checkbox"/> nie jest zatrudniona w kopalni lub podobnym miejscu pracy
2.6	<input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona jest objęta systemem dla osób pracujących na własny rachunek, określonym w Załączniku 11 do Rozporządzenia 574/72		

3	Członkowie rodziny (⁴)		
3.1	Nazwisko (^{3a})		
3.2	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska	Data urodzenia
3.3	Adres (³):		

4 Członkowie rodziny wyżej wymienionego ubezpieczonego są uprawnieni do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego, chyba że

- są już uprawnieni do takich świadczeń na mocy ustawodawstwa państwa zamieszkania (⁵)
- prowadzą działalność zawodową lub handlową (⁵)

5 Uprawnienie takie przysługuje od dnia

6	i trwa do czasu
6.1	<input type="checkbox"/> anulowania niniejszego zaświadczenia
6.2	<input type="checkbox"/> upływu roku od daty określonej w punkcie 5 (⁶)
6.3	<input type="checkbox"/> zakończenia pracy sezonowej, tj.
6.4	<input type="checkbox"/> do dnia (⁷) włącznie.

7	Instytucja właściwa	
7.1	Nazwa	Nr kodu ^(7a) :
7.2	Adres ⁽³⁾ :	
7.3	Pieczęć	7.4 Data:
		7.5 Podpis

B. Powiadomienie o rejestracji ⁽⁸⁾

8	<input type="checkbox"/> ⁽⁹⁾
8.1	Członkowie rodziny ubezpieczonego, wymienionego w punkcie 2, nie zostali zarejestrowani, ponieważ
8.2	<input type="checkbox"/> żaden członek rodziny nie jest uprawniony do świadczeń
8.3	<input type="checkbox"/> wszyscy członkowie rodziny są uprawnieni do świadczeń rzeczowych na mocy ustawodawstwa naszego państwa
8.4	<input type="checkbox"/> małżonek/małżonka lub osoba sprawująca opiekę nad dziećmi prowadzi działalność zawodową lub handlową w naszym państwie ⁽¹⁰⁾
8.5	<input type="checkbox"/> nie złożono wymaganego „oświadczenia o sytuacji rodzinnej”
8.6	<input type="checkbox"/> ⁽¹¹⁾

9	<input type="checkbox"/> ⁽⁹⁾					
9.1	Następujący członkowie rodziny osoby ubezpieczonej, wymienionej w punkcie 2, zostali zarejestrowani:					
9.2	Nazwisko ^(3a)	Imię (imiona)	Płeć		Data urodzenia	Nr identyfikacyjny ^(3b)
			F	M		
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Koszt tych świadczeń ponosi wasza instytucja; data, od której należy naliczać kwotę ryczałtową, określoną w art. 94 Rozporządzenia (EWG) 574/72, jest to					

10	Instytucja miejsca zamieszkania	
10.1	Nazwa:	
10.2	Adres ⁽³⁾ :	
10.3	Pieczęć	10.4 Data:
		10.5 Podpis

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wy kropkowanych. Formularz składa się z czterech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji.

Informacje dla pracownika

- (a) Niniejszy formularz umożliwia członkom Pana/Pani rodziny korzystanie ze świadczeń rzeczowych w razie choroby lub macierzyństwa, w państwie, w którym mieszkają i na mocy ustawodawstwa tego państwa, chyba że już uprawnieni to takich świadczeń na mocy tego ustawodawstwa.
- (b) Niezwłocznie po otrzymaniu obydwóch egzemplarzy formularza należy przekazać je członkom rodziny, którzy powinni **natychmiast** złożyć je w instytucji ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego miejsca zamieszkania, tj.:
- w **Belgii**, w wybranej „mutualité” (lokalna kasa ubezpieczenia chorobowego);
 - w **Danii**, we właściwej „amtskommune” (urząd administracji lokalnej). W gminie Kopenhaga, w „Magistrat” (urząd gminy miejskiej); w gminie Frederiksberg, w „kommunalbestyrelse” (urząd gminy miejskiej);
 - w **Niemczech**, w „Krankenkasse” (kasa chorych) w miejscu zamieszkania, wybrana przez zainteresowaną osobę;
 - w **Grecji**, zwykle w regionalnym lub lokalnym oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (IKA), który wydaje zainteresowanej osobie „książeczkę zdrowia”, bez której nie można uzyskać żadnych świadczeń rzeczowych;
 - w **Hiszpanii**, w „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Krajowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego);
 - we **Francji**, w „Caisse primaire d’assurance-maladie” (lokalna kasa ubezpieczenia chorobowego); jeśli odpowiedź w punkcie 2.5 brzmi „tak”, formularz można przesłać do „Société de secours minière” (Górnice Towarzystwo Pomocy);
 - w **Irlandii**, w „Health Board” (Urząd Zdrowia), właściwym dla miejsca ubiegania się o świadczenie;
 - we **Włoszech**, w „Unità sanitaria locale” (USL, lokalna jednostka administracji ochrony zdrowia) odpowiedzialnej za dany rejon;
 - w **Luksemburgu**, w „Caisse de maladie des ouvriers” (Kasa Chorych Pracowników Fizycznych);
 - w **Niderlandach**, w dowolnej kasie chorych, właściwej dla miejsca zamieszkania;
 - w **Austrii**, w „Gebietskrankenkasse” (Regionalna Kasa Ubezpieczenia Chorobowego) właściwej dla ich miejsca zamieszkania;
 - w **Portugalii, na terytorium europejskim**: w „Centro Regional de Segurança Social” (Regionalne Centrum Zabezpieczenia Społecznego) miejsca zamieszkania; **na Maderze**: w „Direcção Regional de Segurança Social” (Regionalna Dyrekcja Zabezpieczenia Społecznego), Funchal; **na Azorach**: w „Direcção Regional de Segurança Social” (Regionalna Dyrekcja Zabezpieczenia Społecznego), Angra do Heroísmo;
 - w **Finlandii**, w miejscowym biurze „Kansaneläkelaitos” (Zakład Ubezpieczeń Społecznych);
 - w **Szwecji**, w „försäkringskassan” (Kasa Ubezpieczeń Społecznych) w miejscu zamieszkania.
 - w **Islandii**, w „Tryggingastofnun ríkisins” (Państwowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego), Reykjavik;
 - w **Lichtensteinie**, w „Amt für Volkswirtschaft” (Urząd Gospodarki Krajowej), Vaduz;
 - w **Norwegii**, w „lokale trygdekontor” (lokalny zakład ubezpieczeń) w miejscu zamieszkania;
- (c) Niniejszy formularz jest ważny od dnia wskazanego w punkcie 5 przez okres wskazany w punkcie 6 przy kwadracie zaznaczonym krzyżykiem.
- (d) Pan/Pani lub członkowie rodziny zobowiązani są informować instytucję o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na uprawnienia do świadczeń rzeczowych (takich jak rozwiązanie lub zmiana stosunku pracy, albo zmiana miejsca zamieszkania lub pobytu Pana/Pani lub członka rodziny).

UWAGI

- * EOG Umowa o Europejskim Obszarze Gospodarczym (*Agreement on the European Economic Area*), Załącznik VI, Zabezpieczenie Społeczne: na podstawie tej umowy niniejszy formularz dotyczy też Islandii, Lichtensteinu i Norwegii.
- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia część A formularza: B = Belgia, DK = Dania, D = Niemcy, GR = Grecja, E = Hiszpania, F = Francja, IRL = Irlandia, I = Włochy, L = Luksemburg, NL = Niderlandy, P = Portugalia, GB = Zjednoczone Królestwo, A = Austria, FIN = Finlandia, IS = Islandia, FL = Lichtenstein, N = Norwegia, S = Szwecja.
- (²) Należy wypełnić tylko, jeśli formularz jest wydawany na wniosek instytucji miejsca zamieszkania.
- (³) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (^{3a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.
W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.
- (^{3b}) W przypadku obywateli Włoch proszę podać, o ile możliwe, numer ubezpieczenia i/lub „codice fiscale”.
- (⁴) Należy wymienić tylko jednego członka rodziny. Członkowie rodziny świadczeniobiorcy zostaną wymienieni w części B formularza, gdyż są oni ustaleni przez instytucję właściwą dla miejsca zamieszkania.
- (⁵) Proszę zaznaczyć krzyżykiem kwadrat obok, jeśli zaświadczenie jest adresowane do instytucji duńskiej, irlandzkiej, włoskiej, portugalskiej, brytyjskiej, fińskiej, islandzkiej, norweskiej lub szwedzkiej.
- (⁶) Jeśli formularz jest wypełniany przez instytucję niemiecką, francuską lub włoską.
- (⁷) Jeśli formularz jest wypełniany przez instytucję francuską – dla osoby pracującej na własny rachunek, lub przez instytucję grecką lub brytyjską – dla osoby zatrudnionej lub pracującej na własny rachunek.
- (^{7a}) Należy podać, o ile istnieje.
- (⁸) Jeśli niniejszy formularz jest wydawany w celu przedłużenia wcześniej wydanego zaświadczenia, którego ważność wygasła, instytucja miejsca zamieszkania nie musi wypełniać części B.
- (⁹) Należy wypełnić odpowiednio punkt 8 lub 9 i zaznaczyć krzyżykiem odpowiedni kwadrat.
- (¹⁰) Tam gdzie to właściwe należy zaznaczyć krzyżykiem odpowiedni kwadrat, jeśli część B została wypełniona przez instytucję duńską, irlandzką, brytyjską, fińską, islandzką, norweską lub szwedzką.
- (¹¹) Inne powody.
-