**Wniosek o wydanie dokumentu DA1\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane osoby, dla której dokument DA1 ma być wydany:** | | | | | | | | |
| 1.1 PESEL**1**:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | 1.2 Data urodzenia2: | | | | | | |
| 1.3 Imię (imiona): | | 1.4 Nazwisko: | | | | | | |
| 1.5 Telefon kontaktowy lub e-mail (ewentualnie): | | | | | | | | |
| **2. Cel wydania dokumentu E123/DA1 - potwierdzenie prawa do świadczeń dla osoby3:** | | | | | | | | |
| * **2.1 wykonującej pracę** w innym państwie członkowskim UE/EFTA | | | | | | | | |
| * **2.2 zamieszkałej** w innym państwie członkowskim UE/EFTA | | | | | | | | |
| * **2.3 przebywającej czasowo** w innym państwie członkowskim UE/EFTA (*wyjazd turystyczny*)4 | | | | | | | | |
| **3. Państwo członkowskie UE/EFTA, w którym dokument zostanie okazany / zarejestrowany:** | | | | | | | **3.1:**  …………………………............ | |
| **4. Okres, na jaki dokument ma zostać wystawiony5:** | | | | **4.1:** od …………..… do ……………. | | | | |
| **5. Data wypadku przy pracy** [jeśli dotyczy]: | | |  | | | | | |
| **6. Proszę podać adres na jaki dokument ma być wysłany6:** | | | | | | | | |
| Imię, nazwisko / Nazwa adresata (podać odpowiednio): | | | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | Nr domu: | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość / Poczta: | | | | Państwo: | | | |

*Oświadczam, że:*

* *wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zostałem uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego,*
* *znam zasady utraty prawa do opieki zdrowotnej oraz odpowiedzialności finansowej wynikającej z nieuprawnionego posługiwania się E123/DA1 zgodnie z art.  50 ust. 16  ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  (Dz. U. z 2017 r. Poz. 1938 z późn. zm.),*
* *zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania właściwemu OW NFZ informacji  lub dokumentów niezbędnych dla ustalenia swojej (lub zgłoszonych członków rodziny) sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego*,
* *wyjazd nie jest związany z uzyskaniem leczenia planowanego.*

*………………………….. ………………………………………………….*

*Data wypełnienia wniosku Czytelny podpis osoby wnioskującej*

*lub osoby upoważnionej7*

***1*** *W przypadku braku PESEL podać serię i numer dokumentu tożsamości podanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego.*

***2*** *Podać wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.*

***3*** *W przypadku pkt. 2.1 niezbędne jest okazanie dokumentu A1.*

***4*** *Wyjazd turystyczny nie uprawnia do korzystania z leczenia skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, jeśli leczenie to ma charakter leczenia planowanego.*

*5 Wskazać odpowiednio: okres w jakim udzielono świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy / chorobą zawodową lub datę od której wnioskodawca przenosi miejsce zamieszkania lub okres pobytu czasowego w innym państwie członkowskim UE/EFTA.*

***6****E123/DA1 może być wysłany na wskazany adres tylko w przypadku, gdy wniosek został podpisany.*

***7*** *Należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość osoby upoważnionej.*

*E123/DA1 odebrałem/łam w dniu ………………………. Podpis …………………………………*

**DODATKOWE INFORMACJE:**

\* Dokument DA1 przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych i uprawnionych, którzy zamieszkują, przebywają lub przenoszą się do innego państwa UE niż to, w którym są ubezpieczeni od wypadków przy pracy i chorób zawodowych w celu zagwarantowania dostępu do opieki zdrowotnej związanej z leczeniem skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

**Wniosek o wydanie dokumentu DA1 powinien być złożony w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby na terytorium RP, a w przypadku osób zamieszkałych w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA - w oddziale wojewódzkim NFZ wskazanym w zgłoszeniu do ubezpieczenia.**

W celu uzyskania dokumentu DA1 potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku **przy pracy lub choroby zawodowej należy załączyć następujące dokumenty:**

* dokument potwierdzający uznanie zdarzenia za wypadek przy pracy lub dokument potwierdzający stwierdzenie choroby zawodowej.
* dokument zawierający opis skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;

**Dodatkowo**, jeśli wnioskodawca w pkt. 2:

* zaznaczył 2.1 - należy okazać dokument A1 potwierdzający właściwość polskiego ustawodawstwa;
* zaznaczył 2.2 - należy załączyć:
  + dokument wydany przez płatnika składek potwierdzający zgłoszenie mu zmiany miejsca zamieszkania na adres zagraniczny wskazany we wniosku, m.in. ZUS ZUA, ZUS ZZA oraz
  + dokument potwierdzający przyznanie renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej [jeśli renta została przyznana];
* zaznaczył 2.3 - należy załączyć dokument potwierdzający przyznanie renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej [jeśli renta została przyznana].

**Dokument DA1 wydawany jest wyłącznie osobom zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ**. W przypadku, gdy oddział wojewódzki NFZ nie będzie w stanie potwierdzić prawa do świadczeń na podstawie bazy danych wydanie dokumentu uzależnione będzie od przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego.

**UWAGA**

**Podjęcie pracy w innym państwie członkowskim UE/EFTA co do zasady może skutkować wyłączeniem właściwości ustawodawstwa polskiego w związku w wykonywaniem pracy i zamieszkiwaniem w innym niż Polska państwie członkowski, a więc i utratą prawa do posługiwania się dokumentem DA1.**

NFZ uprawniony jest **do dochodzenia zwrotu wszelkich poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych** od osób, które posługiwały się dokumentem DA1 w sposób nieuprawniony.

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

*Adnotacje Oddziału Wojewódzkie NFZ*

*..……………………*

*Podpis pracownika OW NFZ*