

Zwracam się z prośbą o wydanie formularza E -

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ						
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	Adres miejsca zamieszkania:					
	Państwo		Miejscowość			
	Gmina		Kod pocztowy	Ewentualny telefon kontaktowy		
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu	
1.8	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość		1.9	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość		
1.10	Tytuł /-y/ do ubezpieczenia osoby wnioskującej (zaznaczyć właściwe)					
	<input type="checkbox"/> pracownik <input type="checkbox"/> członek rodziny osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> pracownik zatrudniony w transporcie międzynarodowym	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista <input type="checkbox"/> emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych) <input type="checkbox"/> emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)	<input type="checkbox"/> pracownik sezonowy <input type="checkbox"/> pracownik przygraniczny (osoba zatrudniona) <input type="checkbox"/> pracownik przygraniczny (osoba pracująca na własny rachunek)	<input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> wnioskujący o emeryturę/ rentę <input type="checkbox"/> pracownik oddelegowany <input type="checkbox"/> inna osoba ubezpieczona z tytułu:		
1.11	Przewidywany okres pobytu za granicą: od do Kraj					
1.12	Cel wyjazdu (zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> turystyczny <input type="checkbox"/> służbowy <input type="checkbox"/> zarobkowy <input type="checkbox"/> studia <input type="checkbox"/> inny					
2. DANE CZŁONKÓW RODZINY OSOBY WNIOSKUJĄCEJ, WSPÓLNIE WYJEŻDŻAJĄCYCH						
	Lp.	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd/ mm/ rrrr)	Stopień pokrewieństwa	Numer ewidencyjny PESEL
	1					
	2					
	3					
	Adres zamieszkania członków rodziny osoby wnioskującej (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż podany w punkcie 1.7)					
	1					
	2					
	3					
3. SPOSÓB ODBIORU FORMULARZA (zaznaczyć właściwe)						
<input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> pocztą na adres zamieszkania <input type="checkbox"/> za pośrednictwem osoby upoważnionej (należy załączyć upoważnienie z numerem dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem) <input type="checkbox"/> 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

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające posiadanie ubezpieczenia oraz bieżące opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne w ilości załączników.

.....
Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr).....
Czytelny podpis osoby wnioskującej lub opiekuna prawnego