

Formularz należy wysłać na adres:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg
NORWAY

Wniosek o wydanie formularza E 109

Formularz wniosku dla pracowników zatrudnionych i zamieszkałych w Norwegii.

Zaświadczenie o prawie do objęcia opieką zdrowotną w przypadku choroby, ciąży i porodu dla rodziny pracownika, zamieszkałej w innym kraju EOG/Szwajcarii niż osoba ubezpieczona.

1. Informacje o wnioskodawcy

| | |
|---|---------------------------|
| Imię (Imiona) | Nazwisko |
| Norweski numer personalny (11 cyfr)/D-numer | Obywatelstwo |
| Numer telefonu | Adres e-mail |
| Adres zamieszkania w Norwegii | |
| Nazwisko i adres pracodawcy | Nr organizacji pracodawcy |

2. Członkowie rodziny będący na utrzymaniu osoby ubezpieczonej (małżonka/konkubina/dzieci) zamieszkali w innym kraju EOG/Szwajcarii

| | |
|---|------------------------------|
| Imię (imiona), nazwisko | Numer personalny/numer PESEL |
| Imię (imiona), nazwisko | Numer personalny/numer PESEL |
| Imię (imiona), nazwisko | Numer personalny/numer PESEL |
| Imię (imiona), nazwisko | Numer personalny/numer PESEL |
| Adres małżonki, konkubiny lub dzieci w kraju ich zamieszkania | |

3. Wymagane dokumenty, które należy załączyć do wniosku (właściwe **zakreślić**)

- Kopia umowy o pracę
- Kopia paszportu/dowodu osobistego
- Jeśli umowa o pracę została podpisana ponad rok wcześniej, należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy stwierdzające, że wnioskodawca nadal jest u niego zatrudniony.

4. Podpis

Oświadczam, że pracę zarobkową wykonuję wyłącznie w Norwegii i nie posiadam dochodu/pracy w kraju pochodzenia. Powiadomię Helfo, jeśli okoliczności dotyczące niniejszego wniosku ulegną zmianie.

| | |
|---------------|--------|
| Miejsce, data | Podpis |
|---------------|--------|