



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 21 grudnia 2012 r.

Poz. 1446

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 17 grudnia 2012 r.

w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego

Na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, i oddziałów wojewódzkich Funduszu odpowiednio przez:

- 1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „Zakładem”,
- 2) Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwaną dalej „Kasą”,
- 3) podmiot zobowiązany do przekazywania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „podmiotem zobowiązanym”

– danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym albo które ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty, oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego.

§ 2. 1. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) nazwisko i imię,
 - c) datę urodzenia,
 - d) adres zamieszkania,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016 i 1342.

- e) adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania,
 - f) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - g) wskazanie płci,
 - h) kod tytułu ubezpieczenia,
 - i) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - j) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:
- a) numer NIP,
 - b) numer REGON,
 - c) numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli płatnikowi składek nie nadano numerów NIP lub REGON,
 - d) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.
2. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:
- 1) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a która pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:
- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) datę wypłaty zasiłku,
 - c) okres, za który wypłacono zasiłek;
- 2) pracownika korzystającego z urlopu bezpłatnego:
- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) dane identyfikacyjne płatnika składek, o których mowa w ust. 1 pkt 2,
 - c) datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego w danym miesiącu kalendarzowym,
 - d) identyfikator imiennego raportu miesięcznego;
- 3) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty:
- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w oddziale Zakładu,
 - c) datę powstania prawa do emerytury lub renty podawaną w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania emerytury lub renty – w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) datę powstania prawa do emerytury lub renty – w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej poza terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niepodlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty albo wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę bez realizacji wypłaty emerytury lub renty,
 - e) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu – datę wydania decyzji, jeżeli w okresie 45 dni od daty wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty,
 - f) datę umorzenia postępowania – w przypadku wycofania wniosku o emeryturę lub rentę.

§ 3. Zakład w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, f oraz h,
 - b) kod przyczyny wyrejestrowania,
 - c) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne, określone w § 2 ust. 1 pkt 2.

§ 4. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) adres zamieszkania;
- 4) kod stopnia pokrewieństwa;
- 5) kod stopnia niepełnosprawności;
- 6) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 8) wskazanie płci – przy przekazywaniu danych podanych w zgłoszeniu, w przypadku gdy podano numer PESEL członka rodziny;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającej członka rodziny, określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c oraz f;
- 15) dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a oraz d.

§ 5. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c oraz e;
- 2) opłaconych składek podanych w imiennym raporcie miesięcznym lub deklaracji rozliczeniowej, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, obejmujące:
 - a) okres, którego składka dotyczy,
 - b) datę opłacenia składki,
 - c) kwotę podstawy wymiaru składki,
 - d) kwotę składki należnej,
 - e) kwotę składki opłaconej,

- f) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę,
- g) kod tytułu ubezpieczenia;

3) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne, określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a.

§ 6. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Zakład przekazuje dane określone w § 2–5, jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie opieki zdrowotnej przedłożyła dokument potwierdzający prawo do świadczeń albo złożyła pisemne oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń, a dane przekazane przez Zakład, posiadane przez Fundusz, nie potwierdzają informacji wynikających z dokumentu albo oświadczenia.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której wniosek dotyczy.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera następujące dane osoby, której dotyczy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

§ 7. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Zakład przekazuje posiadane dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
- 2) okresu, na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
- 3) przekazania przez płatnika składek informacji o skróceniu okresu delegowania;
- 4) płatnika składek:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - c) adres siedziby.

2. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu o dane, o których mowa w ust. 1, jeżeli nie uzyskają tych danych od płatnika składek lub ubezpieczonego.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeżeli Fundusz nie posiada danych płatnika składek – do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest albo była wykonywana praca najemna lub działalność gospodarcza;
- 4) posiadane przez Fundusz dane płatnika składek:
 - a) numer NIP oraz nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - b) dane o pracodawcy zagranicznym,
 - c) dane o działalności gospodarczej prowadzonej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 8. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Zakład przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
- 2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz skrócenia okresu delegowania formularza A1, E101 albo E102 wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:
 - a) wypłacenia zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy oraz okresu, za który zasiłek lub świadczenie zostały wypłacone,
 - b) uznania przez Zakład zdarzenia za wypadek przy pracy,
 - c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy;
- 3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz zastosowania do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie jest przekazywane do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub jest wypłacane w Rzeczypospolitej Polskiej na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Rzeczypospolitej Polskiej upoważnionej do odbioru świadczenia, Zakład przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz o dacie, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy lub dacie powstania choroby zawodowej;
- 3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu o dane, o których mowa w ust. 1 i 2, jeżeli nie uzyskają tych danych od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeżeli Fundusz nie posiada informacji na temat siedziby płatnika składek – do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) wskazanie kraju, w którym miał miejsce wypadek przy pracy;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy;
- 5) datę wypadku przy pracy lub okres zwolnienia lekarskiego;
- 6) dane identyfikacyjne płatnika:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 9. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu – podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia;
- 4) adres zamieszkania;
- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 6) wskazanie płci;
- 7) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 8) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 9) kod tytułu ubezpieczenia.

§ 10. 1. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące osoby podlegającej ubezpieczeniu:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego rolników, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane:

- 1) dane, o których mowa w § 9 pkt 2–6;
- 2) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w jednostce organizacyjnej Kasy;
- 3) w przypadku wydania decyzji przyznającej prawo do emerytury lub renty – datę powstania prawa do emerytury lub renty;
- 4) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - a) gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu – datę wydania decyzji, jeżeli w okresie 45 dni o dacie wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - b) gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty.

§ 11. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia;
- 4) adres zamieszkania;
- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;

- 6) wskazanie płci;
- 7) kod stopnia pokrewieństwa;
- 8) kod stopnia niepełnosprawności;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszającej członka rodziny określone w § 9 pkt 2, 3 i 5.

§ 12. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, określone w § 9 pkt 2, 3 i 5;
- 2) opłaconych składek:
 - a) okres lub okresy, których opłacona składka dotyczy,
 - b) kwotę podstawy wymiaru składki,
 - c) kwotę składki należnej,
 - d) kwotę składki opłaconej,
 - e) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę.

§ 13. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Kasa przekazuje następujące dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
- 2) okresu, na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
- 3) przekazania przez ubezpieczonego informacji o skróceniu okresu pracy na własny rachunek za granicą;
- 4) rolnika będącego płatnikiem składek:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do jednostki Kasy właściwej ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeżeli Fundusz nie posiada danych rolnika – do jednostki właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest wykonywana praca na własny rachunek;

- 4) dane o działalności na własny rachunek wykonywanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- 5) dane rolnika:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

§ 14. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Kasa przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
- 2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz – w przypadku skrócenia pracy na własny rachunek za granicą – dotyczące okresu ważności formularza A1, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:
 - a) wypłacenia zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy rolniczej oraz okresu, za który zasiłek został wypłacony,
 - b) uznania przez Kasę zdarzenia za wypadek przy pracy,
 - c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy rolniczej;
- 3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz zastosowania do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z Funduszu Emerytalno-Rentowego Kasy z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie jest przekazywane do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub jest wypłacane w Rzeczypospolitej Polskiej na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Rzeczypospolitej Polskiej upoważnionej do odbioru świadczenia, Kasa przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową oraz o dacie, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy rolniczej lub dacie powstania rolniczej choroby zawodowej;
- 3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Kasy o dane, o których mowa w ust. 1 i 2, jeżeli nie uzyskają tych danych od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Kasy właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek lub miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeżeli Fundusz nie ma informacji na temat siedziby płatnika składek lub położenia gospodarstwa rolnego – do oddziału Kasy właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) kraj, w którym miał miejsce wypadek przy pracy rolniczej;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy rolniczej;
- 5) datę wypadku przy pracy rolniczej lub okres zwolnienia lekarskiego;

6) dane identyfikacyjne płatnika:

a) numer NIP,

b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 15. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 lit. a, b oraz d, ust. 2 pkt 2 oraz w § 3–5.

§ 16. 1. Dane, o których mowa w § 2–5, Zakład przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2. Dane, o których mowa w § 9 oraz § 10 ust. 1, § 11 i 12, Kasa przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a pozostałe dane, do których przekazywania Kasa jest zobowiązana – w postaci papierowej.

3. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane w postaci elektronicznej.

4. Dane, o których mowa w § 6–8, Zakład przekazuje:

1) za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo

2) w postaci papierowej.

5. Format przekazywania danych, o których mowa w ust. 1–3 i ust. 4 pkt 1, odpowiednio Zakład, Kasa oraz podmiot zobowiązany uzgadniają z centralą Funduszu, zapewniając bezpieczeństwo przekazu informacji oraz poufność i integralność przekazywanych danych, zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r., z wyjątkiem § 5 pkt 2 lit. b, § 9 pkt 7, § 10 ust. 1 pkt 4 oraz § 11 pkt 9, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek (Dz. U. Nr 30, poz. 192), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016).