

## Zgłoszenie\* /zmiana\* / do ubezpieczenia zdrowotnego

Wyciąg z ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 82 ust. 6 – 7 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.):

„W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.”

„W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.”

**PESEL:**

**Nazwisko i Imię bezrobotnego**.....

**Adres Zamieszkania**.....

Oświadczam, że **posiadam własny tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym TAK\* / NIE\***

**Własny tytuł wynika z tego iż:** (właściwe zaznaczyć)

1. pobieram rentę rodzinną
2. jestem rolnikiem podlegającym ubezpieczeniu w KRUS
3. jestem domownikiem w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
4. jestem ławnikiem sądowym podlegającym z tego tytułu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o zgłoszenie do:

**1. Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu zdrowia\***

**2. ....**

(wymienić inny oddział NFZ zgodnie z art. 77 w/w ustawy)

**Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia TAK\* / NIE\***

Za członków rodziny uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione; wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, w zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonka,
- wstępnych (rodzice, dziadkowie, itd.) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

**W przypadku zgłoszenia dziecka powyżej 18 roku życia do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć zaświadczenie potwierdzające naukę.**

Członkowie rodziny bezrobotnego:

Lp.	Nazwisko i Imię	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Znacznym stopień niepełnosprawności**
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* niepotrzebne skreślić

\*\*znacznym stopień niepełnosprawności – jeśli posiada zaznaczyć TAK

## OŚWIADCZENIE

### Zostałem pouczony, że:

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają: bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu określonego w art. 66.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego bezrobotnych powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu.
4. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.
5. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.
6. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób bezrobotnych i zgłoszonych przez nich członków rodziny, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:
  - 1) ponadpodstawową – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów.
  - 2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich.
8. Osoba, która utraciła status bezrobotnego, podlega wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego wraz z członkami rodziny.
9. Osoba bezrobotna zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez PUP w Krapkowicach, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować PUP w Krapkowicach o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

### Oświadczenie wymienione w pkt. 10 i 11, które nie dotyczy bezrobotnego skreślić:

10. Oświadczam, że nie posiadam innego własnego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i zgłaszam siebie i członków mojej rodziny\* do ubezpieczenia zdrowotnego przez Powiatowy Urząd Pracy w Krapkowicach.\*
11. Oświadczam, że podlegam obowiązkowemu zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z własnego tytułu, który powstał wcześniej i tym samym nie wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym przez Powiatowy Urząd Pracy w Krapkowicach. Jednocześnie w przypadku utraty tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia tutejszego urzędu o tym, że Powiatowy Urząd Pracy w Krapkowicach stanowi dla mnie nie jedyny tytuł do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia (dotyczy osób posiadających własny tytuł do ubezpieczenia).\*

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
(podpis pracownika PUP)

.....  
(data i czytelny podpis bezrobotnego)