

**WYKAZ DOKUMENTÓW,
które mogą być dowodem ubezpieczenia dla poszczególnych grup ubezpieczonych**

dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA (wystarczy dolna część druku, nie zawierająca danych o wynagrodzeniu), wydawany przez pracodawcę na wniosek pracownika - nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni,
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętką pracodawcy;

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie potwierdzona pieczętką KRUS,
- dowód wpłaty składki na ubezpieczenie społeczne KRUS;

dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta lub rencisty (Uwaga: w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ. Jeżeli 3. i 4. pozycja numeru zawiera znaki "- -", legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ),
- zaświadczenie z ZUS lub KRUS lub innego organu emerytalno-rentowego np. ZER MSWiA, WBA,
- aktualny odcinek emerytury lub renty,
- odcinek przekazu lub wyciąg bankowy, potwierdzający pobieranie emerytury lub renty;

dla osoby bezrobotnej:

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie:

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS ZZA potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej (uwaga: termin opłacenia składki za dany miesiąc – do 15. dnia następnego miesiąca);

dla członka rodziny osoby ubezpieczonej:

- dowód ubezpieczenia osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią druku zgłoszenia członka rodziny (druk ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r., druk ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.),

- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę, zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny, legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS,
- legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia - dotyczy tylko KRUS,
- w przypadku dzieci uczących się - pomiędzy 18. a 26. rokiem życia - dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki - legitymację szkolną/studencką, a w przypadku osoby po 26. roku życia zgłoszonej jako „dziecko” - dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności, w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby;

dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP), karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub rehabilitacyjnym:

- zaświadczenie z ZUS - do końca okresu pobierania zasiłku;

dla osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:

- zaświadczenie z ZUS lub Sądu o trwającym postępowaniu o przyznanie ww. świadczeń.

Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń jest ważny przez 30 dni od:

- daty wystawienia - zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
- daty poświadczenia - legitymacja ubezpieczeniowa,
- daty opłacenia składki - ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- daty ważności dokumentu - legitymacja rencisty.

Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta (zawierająca oznaczenie oddziału NFZ) - ważna bezterminowo,
- zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego - do końca terminu ważności,
- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy - ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

Ustanie prawa do świadczeń

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład:

- w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) - po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę,
- w przypadku zakończenia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej - po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności,
- w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym - po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu,
- w przypadku osób bezrobotnych - po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego,
- w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia - członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.

Osobom, które:

- ukończyły szkołę ponadgimnazjalną lub zostały skreślone z listy uczniów - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów (od 1 stycznia 2013 r. – przez 6 miesięcy),
- ukończyły szkołę wyższą lub zostały skreślone z listy studentów - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy studentów,
- ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń,
- pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez te osoby zasiłku,

W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia i utraty uprawnienia do świadczeń osoba, która chce nadal korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, powinna uzyskać inne prawo do ubezpieczenia, np. ubezpieczyć się dobrowolnie. Jeżeli tego nie uczyni, świadczenia zdrowotne zostaną udzielone na jej koszt.