

DOWÓD UBEZPIECZENIA:

Osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni) lub
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętą pracodawcy- jeśli Państwo posiadają;
(wymagany jest z jeden z dokumentów)

Osoby prowadzące działalność gospodarczą

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

Osoby ubezpieczone w KRUS

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działań specjalnych produkcji rolnej);

Emeryci i renciści

- legitymacja emeryta lub rencisty;

Osoby bezrobotne

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

Osoby ubezpieczone dobrowolnie

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia
- 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- jeśli Państwo posiadają,
- w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki – legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) wraz z opłatą składki oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

Osoby nieubezpieczone, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

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

Osoby ubezpieczone 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.

Osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

- zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia. Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia.

Brak dowodu ubezpieczenia

Jeżeli w stanie nagłym potrzebują Państwo skorzystać z pomocy lekarza, a nie posiadają Państwo przy sobie aktualnego dowodu ubezpieczenia, możecie taki dokument przedstawić w innym czasie:

- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.
- jeśli przebywają Państwo w szpitalu – nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia

Warto pamiętać, że brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej w stanie nagłym nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia, a późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Obecne przepisy dają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia. W związku z tym potwierdzenia dowodów ubezpieczenia należy dokonywać co 2 miesiące - uznając ich ważność na okres obejmujący miesiąc, w którym zostało wystawione potwierdzenie oraz następny jako objęty ewentualnym 30 dniowym uprawnieniem do świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia.

Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta – 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 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.

Wyjątkiem są osoby, które:

- ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów,
- ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im 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 im w okresie pobierania przez nie zasiłku,
- mają zawieszona prawa do renty socjalnej – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Po upływie tego czasu 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, może ponieść samodzielnie koszty udzielonych jej świadczeń.