



UNIwersYTET JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

DO-0132/10/2011

Pismo okólne nr 10
Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego
z 6 października 2011 roku

w sprawie: zasad ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów UJ

W związku z koniecznością uregulowania i usystematyzowania kwestii dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów Uniwersytetu Jagiellońskiego, niniejszym pismem okólnym wprowadzam zasady ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów UJ wraz z załącznikami.

Zasady ubezpieczenia zdrowotnego regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Studenci i doktoranci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i mają prawo do korzystania bezpłatnie ze świadczeń opieki medycznej w placówkach, które zawarły umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jednostką właściwą do realizacji w Uczelni procedury ubezpieczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Jagiellońskiego jest Dział Nauczania, a dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum – właściwy Dziekanat Wydziału, zwane dalej „właściwą jednostką”.

I. Ubezpieczenie zdrowotne studentów/doktorantów będących obywatelami RP

1. Student/doktorant podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej:
 - a) do ukończenia 26 lat – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na rodzicach bądź opiekunach prawnych,
 - b) bez ograniczenia wieku, jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na rodzicach bądź opiekunach prawnych,
 - c) bez ograniczenia wieku, jeśli małżonek podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na małżonku.
2. Student/doktorant podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu gdy:
 - a) pozostaje w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzi działalność gospodarczą objętą ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - b) jest zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - c) pobiera świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego,
 - d) pobiera stypendium sportowe,
 - e) pobiera rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
 - f) jest uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,

- g) jest zarejestrowany w Rejonowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
- h) jest rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- i) jest ubezpieczony jako student/doktorant innego kierunku studiów na UJ lub innej uczelni.

3. Uczelnia zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który:

- a) ukończył 26 lat i nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej oraz obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
- b) nie ukończył 26 lat i z wyjątkowych powodów nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodziców, lub opiekunów prawnych, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej oraz obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego **studenta** powstaje z dniem immatrykulacji na studia tj. 1 października, po złożeniu we właściwej jednostce wniosku o ubezpieczenie zdrowotne w NFZ wraz z oświadczeniem o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (załącznik nr 1), a wygasa z dniem ukończenia studiów lub skreślenia z listy studentów.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej **studenta** wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia studiów lub skreślenia z listy studentów.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego **doktoranta** powstaje z dniem immatrykulacji na studia doktoranckie tj. 1 października, po złożeniu we właściwej jednostce wniosku o ubezpieczenie zdrowotne w NFZ wraz z oświadczeniem o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (załącznik nr 1), a wygasa z dniem ukończenia studiów lub skreślenia z listy doktorantów.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej **doktoranta** wygasa po upływie 30 dni od zakończenia studiów doktoranckich lub skreślenia z listy doktorantów.

Student/doktorant ma obowiązek zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem nieposiadania przez nich innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

W celu zgłoszenia członka rodziny należy złożyć we właściwej jednostce wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ członka rodziny, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszych zasad.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodziny zgłoszonych przez studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego ustaje po upływie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który zgłosił członków rodziny do ubezpieczenia.

II. Ubezpieczenie zdrowotne studentów/doktorantów obcokrajowców

1. Student/doktorant będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uprawniony jest do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub - jeżeli nie posiada tytułu do ubezpieczenia w kraju zamieszkania zgłaszany jest do ubezpieczenia przez Uczelnię na zasadach obowiązujących studentów polskich.
2. Student/doktorant niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), uznany za osobę pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji na podstawie decyzji konsula może ubezpieczyć się dobrowolnie zawierając umowę z Narodowym

Funduszem Zdrowia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaca Uczelnia po wypełnieniu wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ.

3. Student/doktorant niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) nieposiadający udokumentowanego pochodzenia polskiego, może ubezpieczyć się dobrowolnie zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowa zawierana jest na podstawie pisemnego wniosku oraz zaświadczenia potwierdzającego status studenta i paszportu. Student, który zawrze umowę i terminowo opłaca składki ma prawo do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski w placówkach, które zawarły umowę na świadczenie opieki medycznej z NFZ. W ciągu 7 dni od podpisania umowy student zobowiązany jest zarejestrować ją w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych składając druk ZUS ZZA. Składkę z tytułu umowy należy wpłacać każdego miesiąca na konto wskazane przez ZUS, najpóźniej do 10 dnia następnego miesiąca. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Rozwiązanie umowy następuje na podstawie pisemnego wypowiedzenia lub po miesiącu zaległości w opłacaniu składek bądź powstaniu tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, np. zawarcie umowy o pracę. Dokumentem potwierdzającym objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jest egzemplarz umowy oraz odcinek opłaty składki za ostatni miesiąc.

III. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

Student/doktorant zainteresowany objęciem ubezpieczeniem zdrowotnym przez Uczelnię zgłasza się osobiście do właściwej jednostki i przedkłada następujące dokumenty oraz dane:

1. Student/doktorant obywatel RP:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
 - b) dowód osobisty,
 - c) legitymację studencką/doktorancką,
2. Student/doktorant obcokrajowiec: obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
 - b) paszport,
 - c) legitymacja studencka/doktorancka,
 - d) numer PESEL (jeżeli został nadany).
3. Student/doktorant obcokrajowiec posiadający udokumentowane pochodzenie polskie:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
 - b) paszport,
 - c) dokument potwierdzający polskie pochodzenie,
 - d) legitymacja studencka/doktorancka lub indeks,
 - e) umowa z NFZ o dobrowolnym ubezpieczeniu,
 - f) dokument poświadczający zameldowanie na terenie RP,
 - g) numer PESEL (jeżeli został nadany).
4. Student/doktorant zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny:
 - a) PESEL zgłaszanej osoby,
 - b) odpis aktu urodzenia (w przypadku zgłaszania dziecka),
 - c) odpis aktu małżeństwa (w przypadku zgłaszania małżonka),
 - d) nr i serię dowodu osobistego (w przypadku zgłaszania małżonka, w przypadku zgłaszania dziecka, jeżeli posiada),
 - e) nr paszportu zgłaszanej osoby (w przypadku obcokrajowców).

Dowodem ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta zgłoszonego przez Uczelnię jest dokument ZUS ZZA – wystawiany przez właściwą jednostkę ważny razem z legitymacją studencką/doktorancką. Dokument ZUS ZZA opisany przez właściwą jednostkę zachowuje ważność na okres roku akademickiego w związku z czym wymagana jest jego coroczna aktualizacja.

W przypadku, jeżeli osobiste zgłoszenie się do ubezpieczenia studenta/doktoranta nie jest możliwe, zgłoszenia może dokonać osoba upoważniona na podstawie upoważnienia stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszych zasad.

Student/doktorant zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię jest zobowiązany poinformować o zmianie danych zawartych we wniosku.

Informację tę należy przekazać do właściwej jednostki w ciągu 5 dni po zaistnieniu jakiegokolwiek zmiany.

IV. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego

Wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby, które:

- a) ukończyły studia licencjackie lub magisterskie lub doktoranckie,
- b) zostały skreślone z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich,
- c) utraciły status studenta/uczestnika studiów doktoranckich na skutek pisemnej rezygnacji ze studiów/studiów doktoranckich,
- d) podjęły pracę (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
- e) współmałżonek podjął pracę (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia).

Dokumentem potwierdzającym wyrejestrowanie studenta/doktoranta z ubezpieczenia zdrowotnego jest ZUS ZWUA.

Ubezpieczony przez uczelnię student/doktorant ma obowiązek powiadomić właściwą jednostkę w ciągu 5 dni po zaistnieniu powyższych okoliczności składając pisemną rezygnację z ubezpieczenia (załącznik nr 3) osobiście, pocztą elektroniczną (tylko z adresu e-mail wskazanego w systemie USOS) lub pocztą tradycyjną.

Z up. Rektora UJ

**Prorektor UJ ds. dydaktyki
Prof. dr hab. Andrzej Mania**

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK STUDENTA DOKTORANTA
O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

Wydział:		Instytut:	
Rok studiów:		Nr albumu/rejestru:	
Nazwisko:			
Imiona:			
Data urodzenia:		Obywatelstwo:	
Adres stałego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
Adres czasowego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania):			
PESEL:		Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu <input type="checkbox"/> paszportu*:	
Oddział Wojewódzki NFZ:			
Numer telefonu do kontaktu:			

* w przypadku obcokrajowców

Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UJ danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § kk), odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk** oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:*

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
 - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - nie pobieram stypendium sportowego,
 - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - nie jestem zarejestrowany/a/ w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
 - nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - nie jestem ubezpieczony jako student / doktorant innego kierunku studiów na UJ lub innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię Dział Nauczania / w przypadku UJ CM właściwy dziekanat o tym fakcie w terminie do 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Nauczania / w przypadku UJ CM właściwy dziekanat w terminie 5 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
4. Niezwłocznie poinformuję Dział Nauczania o fakcie utraty statusu studenta/doktoranta na skutek:
 - ukończenia studiów licencjackich lub magisterskich lub doktoranckich
 - rezygnacji ze studiów
 - skreślenia z listy studentów/doktorantów z innych przyczyn.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

Ustawa z dnia 6 lipca 1997 r. kodeks karny

*Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

**Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !

**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ CZŁONKA
RODZINY UBEZPIECZONEGO PRZEZ UJ STUDENTA DOKTORANTA**

Dane studenta /doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez UJ:

Wydział:	Instytut:
Rok studiów:	Nr albumu/rejestru:
Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia:	Obywatelstwo:
PESEL:	
Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

Dane członków rodziny (*małżonek, dzieci*) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*:	

* w przypadku obcokrajowców

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § kk), odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk** oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej,*

oświadczam, że:

1. zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
2. w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Dział Nauczania / w przypadku UJ CM właściwy dziekanat w terminie 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Nauczania / w przypadku UJ CM właściwy dziekanat w terminie 5 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

Ustawa z dnia 6 lipca 1997 r. kodeks karny

*Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

**Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego studenta doktoranta.

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	
Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu:*	

*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński z powodu:

- rezygnacji ze studiów,
- skreślenia z listy studentów/doktorantów,
- ukończenia studiów,
- uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego studenta doktoranta.

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	
Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu:*	

*w przypadku obcokrajowców

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	
Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*	Stopień pokrewieństwa:

*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

.....
(miejsowość, data)

.....
Imię i Nazwisko osoby udzielającej upoważnienia

.....
PESEL

.....
Seria i numer Dowodu Osobistego / Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

.....
Adres stałego zameldowania / zameldowania czasowego na terenie RP (w przypadku obcokrajowców)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam Pana/Panią,
legitymującego(ą) się Dowodem Osobistym / Paszportem (w przypadku obcokrajowców)
o numerze, nr PESEL, do złożenia w moim
imieniu wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem
o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz odbioru dokumentu
zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZZA).

.....
(czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)