

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Dane pacjenta:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Adres e-mail.....
5. Telefon kontaktowy:.....
6. Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jestem objęta/objęty ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie (**właściwe podkreślić**):

- a) umowy o pracę, NIP Zakładu Pracy.....
- b) świadczenia emerytalnego/ rentowego, nr legitymacji....., ubezpieczenie ważne do
- Data wydania legitymacji.....
- Legitymacja wydana przez (np. ZUS, KRUS).....
- c) zgłoszenia jako członka rodziny,
 NIP Zakładu Pracy.....
- d) decyzji wójta, burmistrza, prezydenta
 nr decyzji, ubezpieczenie ważne do
- data wydania decyzji.....
- e) inne.....

W przypadku utraty ubezpieczenia zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym VitalAire Sp. z o.o. (dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.)

Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

.....
CZYTELNY podpis pacjenta lub opiekuna

Dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest:

1. **dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:**
 - raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę + ZUS ZUA lub ZUS ZZA,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczętą pracodawcy;
2. **dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:**
 - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZUA (ZUS ZZA);
3. **dla osoby ubezpieczonej w KRUS:**
 - zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS;
4. **dla emerytów i rencistów**
 - legitymacja emeryta-rencisty,
 - aktualne zaświadczenie z ZUS/ KRUS/WBE/ZER;
5. **dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:**
 - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;
6. **dla osoby dobrowolnie ubezpieczone:**
 - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej + potwierdzenie zgłoszenia w ZUS (ZUS ZZA);
7. **dla osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:**
 - decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres;
8. **dla osób pobierających zasiłek chorobowy, wypadkowy, rehabilitacyjny, macierzyński:**
 - jest zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego.

Uwaga! Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie pobierania zasiłku

9. **dla osób przebywających na ciągłym zwolnieniu lekarskim:**
 - jest zaświadczenie z ZUS/KRUS informujące o ciągłości zwolnienia.
10. **dla osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty:**
 - jest zaświadczenie z ZUS/KRUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty.
11. **dla członka rodziny ubezpieczonego:**
 - dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny, np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCNA (ZCZA);
 - aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
 - zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny

Dodatkowo dla uczniów i studentów (pomiędzy 18 a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka.

12. **dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:**
 - poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
 - certyfikat,
 - karta EKUZ.