

.....
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.

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.