

Zasady i tryb zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej
do ubezpieczenia zdrowotnego

§ 1

Osoby uprawnione i termin obowiązywania ubezpieczenia zdrowotnego

1. Uczelnia zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który:
 - 1) jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej oraz ukończył 26 lat i nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej ani obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, albo
 - 2) jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej oraz 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 ani obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, albo
 - 3) jest obcokrajowcem oraz studiuje lub podejmuje studia w Polsce i jest uznany za osobę pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiada ważną Kartę Polaka oraz nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia przez studenta/doktoranta we właściwym dziekanacie wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
3. Obowiązek zgłoszenia przez uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta powinien zostać wykonany w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Zgłoszenie złożone przez uczelnię po upływie terminu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia studenta/doktoranta, będzie zgłoszeniem studenta/doktoranta dokonany po terminie.
4. Student/doktorant podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej po zgłoszeniu go do ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta wygasa z dniem ukończenia studiów albo skreślenia z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich, albo z dniem uzyskania przez studenta/doktoranta innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Student/doktorant zgłoszony do ubezpieczenia przez Politechnikę Krakowską, który uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązany jest powiadomić o tym fakcie uczelnię w sposób określony w § 3.
6. Student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej 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 w dziekanacie wydziału wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członka rodziny ubezpieczonego. Zgłoszenie do ubezpieczenia powinno nastąpić w ciągu 7 dni liczonych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.
7. Zgłoszeni członkowie rodziny studenta/doktoranta uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia ich przez Politechnikę Krakowską do ubezpieczenia zdrowotnego.
8. Pomimo ustania opłacania przez uczelnię składek:
 - 1) prawo do świadczeń opieki zdrowotnej studenta/doktoranta wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia ukończenia studiów wyższych/doktoranckich albo skreślenia z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich,
 - 2) (uchylony),
 - 3) prawo do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodziny zgłoszonych przez studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 30 dni od

dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który zgłosił członków rodziny do ubezpieczenia.

§ 2

Tryb zgłaszania studentów/doktorantów/członków rodzin ubezpieczonych do ubezpieczenia zdrowotnego

1. Niezwłocznie po zaistnieniu okoliczności stanowiących podstawę do zgłoszenia przez uczelnię studenta/doktoranta lub członka rodziny studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego, student/doktorant zgłasza się osobiście do właściwego dziekanatu i składa następujące dokumenty:
 - 1) student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu z innego tytułu (wzór nr 1),
 - b) dowód osobisty (do wglądu),
 - 2) student/doktorant będący obcokrajowcem, posiadający pochodzenie polskie w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadający ważną Kartę Polaka:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu z innego tytułu (wzór nr 1),
 - b) paszport (do wglądu),
 - c) Kartę Polaka (do wglądu – jeśli dotyczy),
 - d) umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
 - 3) student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członka rodziny studenta/doktoranta ubezpieczonego przez Politechnikę Krakowską (wzór nr 2),
 - b) odpis aktu urodzenia w przypadku zgłaszania dziecka,
 - c) odpis aktu małżeństwa w przypadku zgłaszania małżonka.
2. Niezwłocznie po wpłynięciu wniosku, pracownik dziekanatu sprawdza prawidłowość i kompletność wniosku. W ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego, pracownik dziekanatu rejestruje studenta/doktoranta/członka rodziny ubezpieczonego studenta/doktoranta w programie PŁATNIK i zgłasza go do ubezpieczenia zdrowotnego, korzystając z druków ZUS ZZA lub ZUS ZCNA.
3. W ciągu pierwszych 3 dni roboczych następnego miesiąca pracownik dziekanatu tworzy w programie PŁATNIK i przekazuje do Działu Płac Politechniki Krakowskiej miesięczne rozliczenie składek wszystkich studentów/doktorantów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w danym miesiącu (druk ZUS RZA).
4. Na podstawie otrzymanych z wydziałów wydruków, pracownik Działu Płac tworzy w programie PŁATNIK zestawienie zawierające rozliczenie miesięczne wszystkich naliczonych składek na ubezpieczenie zdrowotne (druk ZUS RZA), które wysyła elektronicznie do ZUS oraz tworzy przelew należnych składek w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.
5. Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne dla studentów/doktorantów jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest miesięczna i niepodzielna.
6. Pracownik Działu Płac przygotowuje i wydaje studentowi/doktorantowi *Informację roczną/miesięczną dla osoby ubezpieczonej* potwierdzającą opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. *Informację roczną dla osoby ubezpieczonej* wydaje się w terminie do ostatniego dnia lutego następnego roku kalendarzowego jako zestawienie roczne przekazanych składek. Na wniosek studenta/doktoranta zgłoszonego do ubezpieczenia wydaje się *Informację miesięczną dla osoby ubezpieczonej*.
7. Dowodem objęcia studenta/doktoranta ubezpieczeniem zdrowotnym jest formularz *Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego/Zgłoszenia zmiany danych* (ZUS ZZA) wystawiony przez pracownika właściwego dziekanatu, ważny razem z legitymacją

studencką/doktorancką. Dokument wydaje się w ciągu 7 dni od dnia złożenia przez studenta/doktoranta wniosku, o którym mowa w ust. 1.

§ 3

Tryb wyrejestrowania studenta/doktoranta/członka rodziny ubezpieczonego z ubezpieczenia zdrowotnego

1. Każda osoba, w stosunku do której wygaś tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia wraz ze zgłoszonymi członkami rodziny.
2. Pracownik dziekanatu dokonuje w programie PŁATNIK wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który ukończył studia lub został skreślony z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich (druk ZUS ZWUA). Wyrejestrowania należy dokonać w terminie 7 dni od daty ukończenia studiów przez studenta/doktoranta albo skreślenia studenta/doktoranta z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich.
3. Student/doktorant, który uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek złożyć w dziekanacie wydziału niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za niego składek przez Politechnikę Krakowską (wzór nr 3).
4. Student/doktorant, który zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jest obowiązany poinformować uczelnię o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od zaistnienia tych okoliczności. Student/doktorant składa pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego objęcia członków rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym studenta/doktoranta (wzór nr 3).
5. Pracownik dziekanatu dokonuje w programie PŁATNIK wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta lub członków rodziny studenta/doktoranta, niezwłocznie po złożeniu przez studenta/doktoranta oświadczenia, o którym mowa odpowiednio w ust. 3 i w ust. 4 (druk ZUS ZWUA). Wyrejestrowanie powinno nastąpić w ciągu 7 dni liczonych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność wyrejestrowania. Zgłoszenie wyrejestrowania przez pracownika dziekanatu studenta/doktoranta lub członków rodziny studenta/doktoranta po upływie 7 dni od daty zaistnienia innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego jest traktowane jako zgłoszenie po terminie.

§ 4

Zasady finansowania składek

1. Składki ponoszone przez Politechnikę Krakowską na ubezpieczenie zdrowotne studentów/doktorantów refundowane są ze środków przewidzianych na ten cel w budżecie ministerstwa właściwego do spraw szkolnictwa wyższego.
2. Podstawę refundacji stanowi zbiorcza informacja o liczbie studentów i uczestników studiów doktoranckich, za których Politechnika Krakowska opłaca składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz o kwocie poniesionych wydatków z tego tytułu, sporządzona na obowiązującym w danym roku kalendarzowym druku. Zbiorczą informację ze wszystkich wydziałów Politechniki Krakowskiej sporządza i wysyła do ministerstwa Kwestura, na podstawie informacji przekazanych z dziekanatów.
3. Pracownicy dziekanatów przekazują do Kwestury, w terminie 3 dni roboczych przed upływem terminu złożenia informacji do ministerstwa, dane niezbędne do sporządzenia zbiorczej informacji na obowiązującym druku (aktualny druk z podanym terminem przekazania go do ministerstwa publikowany jest na początku roku na stronie <http://www.nauka.gov.pl/finansowanie-akt/>).

WNIOSEK O☐ **ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/**☐ **ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**☐ **STUDENTA** ☐ **DOKTORANTA POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ**
IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI

Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Nazwisko rodowe	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
Obywatelstwo	Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
PESEL	Seria i nr ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*
Oddział Wojewódzki NFZ	
Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr)	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)**	
Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)***	
Nr telefonu do kontaktu	

* dotyczy obcokrajowców

** wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

*** wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Krakowską danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz U. Nr 133, poz. 883) o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego wniosek)

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego** 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:
 - a) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - b) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - c) nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - d) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - e) nie pobieram stypendium sportowego,
 - f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - g) nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - h) nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
 - i) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - j) nie jestem ubezpieczony jako student/doktorant na Politechnice Krakowskiej lub innej uczelni.
- 2) W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy dziekanat niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za mnie składek przez Politechnikę Krakowską (Wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).
- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię właściwy dziekanat niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, poprzez złożenie wniosku (Wzór nr 1 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku:

podpis pracownika dziekanatu:

*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 rozporządzania 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”.

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY
☐ STUDENTA ☐ DOKTORANTA
POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI DLA CELÓW
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane ☐studenta ☐doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym

Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
PESEL	Seria i nr ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*

Dane członków rodziny (małżonek/małżonka, dzieci) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować).

Nazwisko	Imię/imiona	Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd/mm/rrrr)
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)		Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**
Seria i nr ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*		PESEL
Stopień niepełnosprawności ☐ Tak podkreślić właściwe: lekki, umiarkowany, znaczny ☐ Nie		Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym ☐ Tak ☐ Nie
Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta – kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu).		
Nr telefonu do kontaktu		

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § Kodeksu Karnego*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego** 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 zgłoszonego przeze mnie członka/członków rodziny powiadomię właściwy dziekanat w ciągu 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (Wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).
- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny powiadomię właściwy dziekanat niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku:

podpis pracownika dziekanatu:

*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 rozporządzania 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”.

**OŚWIADCZENIE ☐ STUDENTA ☐ DOKTORANTA W SPRAWIE REZYGNACJI
Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego

☐ studenta ☐ doktoranta

Dane ☐ studenta ☐ doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym

Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki		
Wydział		
Nazwisko	Imię/imiona	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*	

Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Politechnikę Krakowską w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

ubezpieczonego ☐ studenta ☐ doktoranta

Dane członków rodziny (małżonek/małżonka, dzieci) podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować).

Nazwisko	Imię/imiona	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku:

podpis pracownika dziekanatu: