

1309**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 10 października 2001 r.

w sprawie określenia wzoru wniosku o ubezpieczenie w innej kasie chorych oraz wzorów zawiadomienia o objęciu ubezpieczeniem.

Na podstawie art. 16 ust. 15 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961 i Nr 97, poz. 1050) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór wniosku o ubezpieczenie zdrowotne w innej kasie chorych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) wzór zawiadomienia wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, o objęciu go ubezpieczeniem zdrowotnym, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,

- 3) wzór zawiadomienia płatnika, który przekazał wniosek, o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,
- 4) wzór zawiadomienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wnioskodawcy przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia,
- 5) wzór zawiadomienia kasy chorych, której wnioskodawca był członkiem, o objęciu go ubezpieczeniem zdrowotnym przez kasę chorych, do której został skierowany wniosek, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *G. Opala*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 października 2001 r. (poz. 1309)

Załącznik nr 1

WZÓR WNIOSKU O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W INNEJ KASIE CHORYCH

Część A

.....
(numer wniosku (wypełnia kasa chorych))

.....
(data wpływu wniosku (wypełnia kasa chorych))

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa kasy chorych)

.....
(adres)

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W INNEJ KASIE CHORYCH

Składam wniosek o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym

W,
(nazwa kasy chorych)

Informuję, iż dotychczas byłem (-am) członkiem,
(nazwa kasy chorych)

.....
(podpis wnioskodawcy)

....., dnia 200... r.
(miejscowość)

Część B (należy wypełnić na maszynie, komputerowo albo ręcznie dużymi drukowanymi literami)**I. Dane wnioskodawcy**

1. Imię (imiona)

2. Nazwisko

3. Nazwisko rodowe

4. Płeć (należy skreślić niewłaściwą odpowiedź)

 K M

5. Data urodzenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok		miesiąc		dzień		

6. Numer PESEL

7. Numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer

8. Rodzaj i numer dowodu tożsamości (w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL i numeru NIP)

.....
rodzaj dowodu tożsamości organ, który wydał dowód tożsamości

seria i numer dowodu tożsamości

9. Obywatelstwo (proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź)

 POLSKIE INNE

10. Status cudzoziemca (wypełnia osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego; proszę zakreślić literę przy właściwej odpowiedzi):

- a) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy;
 b) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu;
 c) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty czasowego pobytu;
 d) cudzoziemiec będący studentem lub słuchaczem studiów doktoranckich, który studiuje w Rzeczypospolitej Polskiej;
 e) cudzoziemiec będący członkiem zakonu, alumnem wyższego seminarium duchownego lub teologicznego, postulatem, nowicjuszem lub juniorystą zakonu lub jego odpowiednika, przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej albo posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu.

.....
nazwa dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca

seria

numer

.....
organ wydający dokument

Data wydania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok		miesiąc		dzień	

Data ważności dokumentu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok		miesiąc		dzień	

11. Adres zamieszkania

		-																		
<i>kod pocztowy</i>					<i>miejsowość</i>															
<i>gmina</i>																				
<i>województwo</i>																				
<i>ulica</i>																				
															<i>nr domu</i>			<i>nr lokalu</i>		

12. Adres do korespondencji

		-																		
<i>kod pocztowy</i>					<i>miejsowość</i>															
<i>gmina</i>																				
<i>województwo</i>																				
<i>ulica</i>																				
															<i>nr domu</i>			<i>nr lokalu</i>		

13. Stopień niepełnosprawności.....

14. Czy posiada Pan(i) uprawnienia, o których mowa w art. 43 oraz art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym albo szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z tej ustawy, na podstawie odrębnych przepisów? *(wypełniają osoby będące zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, inwalidzi wojskowi, osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68 z późn. zm.) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, osoby wymienione w art. 42 i 59 tej ustawy oraz inwalidzi wojenni, ich współmałżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, a także wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnieni do renty rodzinnej albo osoby posiadające szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na podstawie odrębnych przepisów)*

(proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź)

TAK	NIE
-----	-----

Jeżeli TAK, proszę o podanie:

.....
nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia

<i>seria</i>			<i>numer</i>											

.....
organ wydający dokument

Data wydania

<i>rok</i>				<i>miesiąc</i>		<i>dzień</i>	

Data ważności dokumentu

<i>rok</i>				<i>miesiąc</i>		<i>dzień</i>	

15. Informacja o liczbie wypełnionych formularzy B.III.

Załącznik nr 2

WZÓR ZAWIADOMIENIA WNIOSKODAWCY PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK, O OBJĘCIU GO
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(imię i nazwisko wnioskodawcy).....
(adres zamieszkania)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... został(a) Pan(i) objęty(a) ubezpieczeniem zdrowotnym
W
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek
(członkowie rodziny)* :
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)

....., dnia 200... r.
(miejsowość)

* Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.

Załącznik nr 3

WZÓR ZAWIADOMIENIA PŁATNIKA, KTÓRY PRZEKAZAŁ WNIOSEK, O OBJĘCIU
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM WNIOSKODAWCY PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(imię i nazwisko (nazwa) płatnika).....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... Pan(i), zamieszkały(a) w,
numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a)
ubezpieczeniem zdrowotnym w
(nazwa kasy chorych)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)....., dnia 200... r.
(miejsowość)

Załącznik nr 4

WZÓR ZAWIADOMIENIA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ALBO
KASY ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO O OBJĘCIU
UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM WNIOSKODAWCY
PRZEZ KASĘ CHORYCH, DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK

.....
(nazwa kasy chorych)

.....
(adres)

.....
(oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych/
Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego¹⁾)

.....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem
..... Pan(i), zamieszkały(a) w.....
numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a)
ubezpieczeniem zdrowotnym w
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek
(członkowie rodziny)²⁾:
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)

....., dnia 200... r.
(miejscowość)

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.

Załącznik nr 5

WZÓR ZAWIADOMIENIA KASY CHORYCH, KTÓREJ WNIOSKODAWCA BYŁ CZŁONKIEM,
O OBJĘCIU GO UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM PRZEZ KASĘ CHORYCH,
DO KTÓREJ ZOSTAŁ SKIEROWANY WNIOSEK.....
(nazwa kasy chorych).....
(adres).....
(nazwa kasy chorych).....
(adres)

W związku z wnioskiem złożonym w dniu stwierdzam, że z dniem Pan(i), zamieszkały(a) w, numer PESEL, numer NIP, został(a) objęty(a) ubezpieczeniem zdrowotnym w.....
(nazwa kasy chorych)

Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym został objęty (zostali objęci) następujący członek (członkowie rodziny)*:
.....
(imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP - jeżeli został nadany)

W związku z powyższym, na podstawie art. 141c ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.), zwracam się o przekazanie informacji dotyczących ubezpieczonego i członków jego rodziny w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie określenia wzoru wniosku o ubezpieczenie w innej kasie chorych oraz wzorów zawiadomienia o objęciu ubezpieczeniem (Dz. U. Nr 121, poz. 1309), a także innych danych niezbędnych do kontynuacji ubezpieczenia.

.....
(pieczęć i podpis dyrektora kasy chorych
albo osoby przez niego upoważnionej)....., dnia 200... r.
(miejscowość)

* Wyszczególnić każdego członka rodziny odrębnie.