

Poznań, dnia 27 maja 2014 r.

DOP-0212-52/2014

Zarządzenie nr 52/2014
Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu
z dnia 27 maja 2014 r.
w sprawie zasad ubezpieczenia zdrowotnego doktorantów
Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu oraz dobrowolnego ubezpieczenia na
życie

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) w związku z art. 198 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.) oraz § 18 ust. 1 lit. d Regulaminu studiów doktoranckich na Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu, wprowadzonego uchwałą nr 346/2012 Senatu UP w Poznaniu z dnia 25 kwietnia 2012 r. i § 42 ust. 4 pkt 4 i 15 oraz ust. 5 Statutu Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu, zwany dalej Uniwersytetem, zgłasza doktoranta, posiadającego obywatelstwo polskie do ubezpieczenia zdrowotnego na jego pisemny wniosek, gdy doktorant:

1. nie ukończył 26 roku życia i nie ma możliwości zgłoszenia go do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny z tego powodu, że żaden z jego rodziców lub opiekunów prawnych, nie jest osobą ubezpieczoną, czy też z innego tytułu określonego przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą;
2. ukończył 26 rok życia i nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej tj. małżonka, czy też z innego tytułu określonego ustawą.

2. Wzór wniosku – oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) i niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, o którym mowa w ust. 1, zwany dalej wnioskiem, stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia. Wniosek doktorant składa do Działu Płac i Stypendiów w terminie 7 dni od dnia wystąpienia obowiązku ubezpieczenia.

§ 2

1. Doktorant do ukończenia 26 roku życia podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej. Obowiązek zgłoszenia doktoranta do ubezpieczenia spoczywa na jego rodzicach lub opiekunach prawnych.
2. Doktoranci, którzy posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi, są ubezpieczani przez rodziców bez ograniczenia wieku.

3. Doktorant może zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie posiadają oni innego tytułu do tego ubezpieczenia.

§ 3

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego doktoranta powstaje z dniem przyjęcia na studia doktoranckie i jest realizowany przez Uczelnię po złożeniu wniosku, a wygasa z dniem ukończenia studiów, skreślenia z listy doktorantów lub powiadomienia o innym tytule ubezpieczenia. W celu wyrejestrowania, z przyczyny podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu określonego ustawą, doktorant zgłasza się do Działu Płac i Stypendiów w terminie 4 dni od wystąpienia przyczyny podlegającej wyrejestrowaniu.

2. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej doktoranta wygasa po upływie 30 dni od zakończenia studiów doktoranckich lub skreślenia z listy doktorantów. W terminie 7 dni od powstania przyczyny powodującej utratę powyższego prawa, Kierownik Studiów Doktoranckich zawiadamia o tym fakcie Dział Płac i Stypendiów.

3. Dział Płac i Stypendiów prowadzi Rejestr ubezpieczenia zdrowotnego doktorantów.

§ 4

1. Doktoranci, którzy studiuje i odbywają obowiązkowe staże w Rzeczypospolitej Polskiej, posiadający obywatelstwo państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), korzystają z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach obowiązujących studentów polskich.

2. Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie podlegają cudzoziemcy – uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiuje w Rzeczypospolitej Polskiej oraz absolwenci odbywający w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE) lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i niebędący osobami legalnie zamieszkującymi na terytorium innego, niż Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA. Osoby te mogą dobrowolnie się ubezpieczyć, przedkładając wniosek we właściwym oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 5

1. Na zasadzie dobrowolnego przystąpienia, doktoranci mogą być objęci dodatkowym ubezpieczeniem na życie, które jest przez Uniwersytet realizowane dla pracowników.

2. Warunkiem odprowadzania składki przez Uniwersytet na ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, jest złożenie oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem na życie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia oraz opłacenie z góry składki ubezpieczeniowej przez doktoranta za kolejny miesiąc, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca. Opłacenie składki następuje, wg wyboru doktoranta dokonanego w oświadczeniu stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia, poprzez wpłatę na rachunek bankowy Uczelni/ w kasie Uczelni albo w drodze potrącenia wartości składki ze stypendium należnego doktorantowi.

3. W celu rezygnacji z ubezpieczenia na życie doktorant jest zobowiązany złożyć oświadczenie o rezygnacji, stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia

4. Sprawy związane z objęciem doktoranta ubezpieczeniem na życie prowadzi Dział Płac i Stypendiów.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor

prof. dr hab. Grzegorz Skrzypczak

.....
(nazwisko i imiona)

.....
(nazwisko rodowe)

.....
(rok, wydział, instytut, katedra)

ADRES ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA*

.....
(województwo)

.....
(PESEL)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(Oddział NFZ)

Wniosek - oświadczenie o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) i niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu

Oświadczam, że:

1. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka);
2. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym;
3. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie, od której jest opłacana składka zdrowotna;
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej;
5. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.);
6. wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne od dnia
7. zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny nie posiadających innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego**:

.....
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uniwersytetu o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 7 dni od daty powstania ww. zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

dnia.....

.....
podpis składającego oświadczenie

* podkreślić właściwe

** wypełnić jeżeli dotyczy

Data.....podpis (i pieczętka) pracownika Działu Płac i Stypendiów

Oświadczenie doktoranta o objęciu ubezpieczeniem na życie

.....
(nazwisko i imiona)

.....
(PESEL)

Oświadczam, że od wybieram wariant
ubezpieczenia na życie PZU i składka w wysokości zł będzie opłacana przeze mnie
w następujący sposób:

- proszę o potrącanie ze stypendium (*właściwe podkreślić*): doktoranckiego, *projakościowego*,
doktorskiego;
- będę opłacać osobiście (*właściwe podkreślić*):
- 1.) w kasie Uczelni
 - 2.) przelewem na konto bankowe Uczelni nr 29 1090 1362 0000 0000 3601 7894

UWAGA: składka jest opłacana „z góry” za kolejny miesiąc, tzn. składka za lipiec musi zostać
opłacona do końca czerwca, za sierpień – do końca lipca itd.

.....
miejsowość i data

.....
podpis doktoranta

.....
Potwierdzenie przyjęcia oświadczenia przez pracownika
Działu Płac i Stypendiów (podpis pracownika)

Rezygnacja doktoranta z ubezpieczenia na życie

.....
(nazwisko i imiona)

.....
(PESEL)

Oświadczam, że odrezygnuję z ubezpieczenia na życie PZU.

.....
miejsowość i data

.....
podpis doktoranta

.....
Potwierdzenie przyjęcia rezygnacji przez pracownika
Działu Płac i Stypendiów (podpis pracownika)