

**UMOWA NR .....<sup>1</sup>/...../200...**  
**DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**  
**zawarta dnia ..... roku,**

**pomiędzy**

**Narodowym Funduszem Zdrowia – .....Oddziałem  
Wojewódzkim** z siedzibą w....., reprezentowanym przez .....  
..... – Dyrektora Oddziału

a Panią / Panem .....  
zwanym dalej „Ubezpieczającym się”

**§ 1**

Podstawę prawną umowy stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), zwanej dalej ustawą.

**§ 2**

Przedmiotem niniejszej umowy jest objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym *Ubezpieczającego się*, który złożył pisemny wniosek o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w zakresie określonym ustawą. Wniosek stanowi integralną część umowy.

**§ 3**

1. Ubezpieczający się oświadcza, iż nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego z tytułów wymienionych w art. 66 ustawy lub obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i zgłasza wniosek o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia wraz z członkami jego rodziny określonymi we wniosku oraz w drukach: ZUS ZCNA lub ZUS ZCZA.
2. Druki, o których mowa w ust. 1, stanowią integralną część umowy. *Ubezpieczający się* złoży te druki oraz druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego - ZUS ZZA, w Oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwym dla miejsca zamieszkania.

<sup>1</sup> Numer oddziału NFZ

#### § 4

1. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, zgodnie z postanowieniami art. 68 ust. 7 i 8 ustawy jest uiszczenie opłaty na konto ..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nr ..... z siedzibą w ....., w wysokości ..... zł, słownie..... zł, z zastrzeżeniem art. 68 ust. 9 ustawy.
2. Uiszczenie opłaty dokonywane jest przez *Ubezpieczającego się*:
  - 1) w dniu podpisania niniejszej umowy\*;
  - 2) w ..... ratach miesięcznych, w wysokości ..... (słownie:.....) zł, każda płatna w terminie do 10 dnia miesiąca – licząc od miesiąca następującego po podpisaniu niniejszej umowy\*;
  - 3) Narodowy Fundusz Zdrowia odstępuje od pobrania opłaty\*.

#### § 5

1. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
  - 1) kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanemu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, stosownie do postanowień art. 68 ust. 1 ustawy, z zastrzeżeniem pkt 3,\*
  - 2) kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, w przypadku osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy,\*
2. Ubezpieczający się samodzielnie dokonuje aktualizacji wysokości składki zgodnie ze zmieniającą się podstawą wymiaru składki.
3. Opłacanie i ewidencjonowanie składki następuje za pośrednictwem właściwego dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego się oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ubezpieczający się zobowiązany jest wносить składki w terminie do dnia 15 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni, na numer konta Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
4. W przypadku nieopłacenia w terminie składki na ubezpieczenie zdrowotne pobierane będą odsetki za zwłokę na zasadach i wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. Nr 137, poz. 926, z późn. zm.)–
5. Zwrot nadpłaconej składki następuje na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.)

#### § 6

1. *Ubezpieczający się* zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem ....., a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
2. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osoby, o której mowa w ust. 1, oznacza równoczesne ubezpieczenie członków jej rodziny w rozumieniu art. 5 pkt 3 oraz art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy wymienionych na drukach, o których mowa w § 3.

#### § 7

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego *Ubezpieczającego się* i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu objęcia ubezpieczeniem określonym w § 6 ust. 1 i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

#### § 8

Dowód ubezpieczenia stanowi niniejsza umowa łącznie z dowodem wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

---

\* niepotrzebne skreślić

## § 9

1. Umowa zawarta jest na czas nieokreślony. Umowa może zostać rozwiązana przez *Ubezpieczającego* się w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek lub w przypadku nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty opłaty.
3. Umowa wygasa również w przypadkach określonych w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności:
  - z dniem uprawomocnienia się decyzji Dyrektora Oddziału w sprawie ustalenia ustawodawstwa właściwego na podstawie przepisów o koordynacji stwierdzającej właściwość ustawodawstwa innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,
  - z chwilą przeniesienia miejsca zamieszkania Ubezpieczającego się poza granice Rzeczypospolitej Polskiej.

## § 10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135),

## § 11

Spory, które mogą wynikać w trakcie realizacji umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

## § 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**UBEZPIECZAJĄCY SIĘ**

**NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**