

**INFORMATOR O ZASADACH NALICZANIA OPŁATY DODATKOWEJ**  
**w przypadku zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia uzależnia objęcie osoby dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym od wniesienia opłaty dodatkowej, jeśli **przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie:**

- **od 3 miesięcy do roku - opłata wynosi nie mniej niż 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki (jest wnoszona w całości)**
- **powyżej roku do 2 lat - opłata wynosi nie mniej niż 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki (z możliwością rozłożenia na 3 raty)**
- **powyżej 2 do 5 lat - opłata wynosi nie mniej niż 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki (z możliwością rozłożenia na 6 rat)**
- **powyżej 5 do 10 lat - opłata wynosi nie mniej niż 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki (z możliwością rozłożenia na 9 rat)**
- **powyżej 10 lat - opłata wynosi nie mniej niż 200% dochodów przyjętych jako podstawy wymiaru składki (z możliwością rozłożenia na 12 rat)**

**Podstawę wymiaru składki** na ubezpieczenie dobrowolne stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku (kwota ustalana na podstawie kwartalnego Obwieszczenia Prezesa GUS).

- Długość okresu, w którym osoba nie była ubezpieczona jest obliczana na podstawie przedłożonych dokumentów lub danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.
- Okresy ubezpieczenia odbyte w systemach zabezpieczenia społecznego innych państw Unii Europejskiej lub EFTA zostają zaliczone jako okresy ubezpieczenia i nie będą brane pod uwagę jako okres przerwy w ubezpieczeniu. Udokumentowanie odbytych okresów ubezpieczenia zdrowotnego w systemach innych krajów UE lub EFTA następuje poprzez przedłożeniu **formularza E 104**, który przedstawia odbyte okresy ubezpieczenia lub zamieszkiwania z prawem do świadczeń w państwach członkowskich UE lub EFTA. Formularz E 104 wystawia instytucja kraju, w którym został odbyty okres ubezpieczenia.
- Osoba składająca wniosek o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, po okresie zamieszkiwania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej również podlega opłatom dodatkowym na ogólnych zasadach. Okresy zamieszkiwania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w połączeniu z brakiem ubezpieczenia są traktowane jako okresy przerwy w ubezpieczeniu.
- **Opłatę dodatkową należy wpłacić na konto Małopolskiego OW NFZ w Krakowie. Opłata nie podlega zwrotowi.**
- Wnioskodawca zobowiązany jest przedstawić **dowód wpłaty opłaty dodatkowej lub pierwszej raty opłaty dodatkowej w dniu podpisania umowy dobrowolnego ubezpieczenia.**

W uzasadnionych przypadkach, **na pisemny wniosek osoby**, Fundusz może **odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne**, jednak nie więcej niż na 12 rat.

- Informacje o zasadach rozłożenia na raty lub odstąpienia od pobrania opłaty podano w Zarządzeniu Nr 150/2020/GPF z dnia 29 września 2020 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
- W przypadku złożenia **wniosku o odstąpienie od pobrania opłaty lub rozłożenie jej na raty, wnioskodawca zobowiązany jest dołączyć dokumenty potwierdzające trudną sytuację życiową** zainteresowanego,
- Umowa dobrowolnego ubezpieczenia może zostać zawarta nie wcześniej, niż po zaakceptowaniu przez Dyrektora Małopolskiego OW NFZ wniosku o zwolnienie z opłaty lub rozłożenie jej na raty.
- Umowa dobrowolnego ubezpieczenia wygasa w przypadku nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty opłaty dodatkowej. Opłata nie podlega zwrotowi. W przypadku rozłożenia opłaty na raty, opłata podlega spłacie także w sytuacji wcześniejszego rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.
- Rozstrzygnięcie w zakresie odstąpienia od pobrania opłaty lub rozłożenia jej na raty przekazuje się wnioskodawcy w formie pisemnej, a także zamieszcza się w treści umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

**KWOTY OPŁAT DODATKOWYCH OBOWIĄZUJĄCYCH W .... KWARTALE ..... r.**

**Opłata dodatkowa** jest naliczana, jeśli **przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie:**

- od 3 miesięcy do roku - opłata wynosi nie mniej niż ..... **zł** i jest wnoszona w całości
- powyżej roku do 2 lat - opłata wynosi nie mniej niż ..... **zł** i możliwe jest rozłożenie jej na 3 raty
- powyżej 2 do 5 lat - opłata wynosi nie mniej niż ..... **zł** i możliwe jest rozłożenie jej na 6 rat
- powyżej 5 do 10 lat - opłata wynosi nie mniej niż ..... **zł** i możliwe jest rozłożenie jej na 9 rat
- powyżej 10 lat - opłata wynosi nie mniej niż ..... **zł** i możliwe jest rozłożenie jej na 12 rat

Podstawa wymiaru składki w ... **kwartale 20.... r.** wynosi ..... **zł** (Obwieszczenie Prezesa GUS z dnia ..... r.)

W nawiązaniu do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym z dnia ..... oraz na podstawie danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych/ załączonych dokumentów ustalono, iż wnioskodawca był ubezpieczony do dnia: .....

**Kwota naliczonej opłaty dodatkowej** na dzień złożenia wniosku wynosi: .....

Opłata zarejestrowana pod nr kontrahenta : .....

**Opłatę dodatkową należy wpłacić na konto Małopolskiego OW NFZ w Krakowie :**

**37 1130 1150 0012 1121 8020 0001** Bank Gospodarstwa Krajowego Oddział w Krakowie

W tytule przelewu należy umieścić zapis: „ ..... - .....  
(nr kontrahenta) (imię i nazwisko wnioskodawcy)

Podany nr konta Małopolskiego OW NFZ w Krakowie **służy wyłącznie do wpłat opłaty dodatkowej, nie można używać go do wpłat składek na ubezpieczenie zdrowotne! Wyjaśniamy, że NFZ nie przekazuje wpłat składek do ZUS!**

W przypadku, gdy złożono *Wniosek o odstąpienie od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożenie jej na raty* maksymalna ilość rat wynosi :....., w tym pierwsza rata w wysokości - ....., a pozostałe raty w wysokości: .....

Umowa dobrowolnego ubezpieczenia może zostać zawarta nie wcześniej, niż po zaakceptowaniu przez Dyrektora Małopolskiego OW NFZ Wniosku o zwolnienie z opłaty lub rozłożenie jej na raty.

Wnioskodawca zobowiązany jest przedstawić dowód wpłaty opłaty dodatkowej lub pierwszej raty opłaty dodatkowej w dniu podpisania umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

**Oświadczam ,że zapoznałem się z treścią powyższej informacji. Potwierdzam odbiór.**

.....  
(miejsce, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)