

### 1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení	Datum narození	Císlo pojištěnce (rodné číslo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje pojištěnce

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Pohlaví: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Státní příslušnost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Stát
		<input type="text"/>

### 3. Zákonný zástupce pojištěnce (u novorozence matka)

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Státní příslušnost	Datum narození	Rodné číslo zákonného zástupce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. Adresa pro doručování (korespondenční adresa) a ostatní kontaktní údaje pojištěnce (zákonného zástupce)

Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		ID datové schránky
<input type="text"/>		<input type="text"/>

### 5. Kategorie pojištěnce

Státní kategorie

Plátcem pojistného je STÁT ==>

Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL

Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ

Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

### 6. Bankovní spojení pojištěnce (vyplní pouze OSVČ nebo OBZP)

Pojistné (zálohy na pojistné) platím  poštovní poukázkou  převodem z účtu

Bankovní spojení: (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)

Bankovní spojení: (IBAN)

### 7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Identifikační číslo (IČO)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 8. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

Kód	Název zdravotní pojišťovny
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 9. Informace ke zpracování osobních údajů

Informace ke zpracování osobních údajů jsou uvedeny v poučení k formuláři přihláška a evidenční list pojištěnce a na webových stránkách [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz)

Souhlasím s tím, aby mi byly zaslány marketingové informace výhradně pro účely spojené s činností VoZP ČR.

### 10. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Svým podpisem stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že je-li tato přihláška pojištěnce podána v období od 1. dubna do 30. června, nastanou účinky podání dnem 1. července téhož roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. lednu následujícího roku. Je-li tato přihláška podána v období od 1. října do 31. prosince, nastanou účinky podání dnem 1. ledna následujícího roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. červenci následujícího roku.

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné.

\* Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VoZP ČR.

VoZP 70.01/2020

Počet listů příloh

Datum platnosti vyplněných údajů OD

Datum platnosti vyplněných údajů DO

Vyplněno dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)



# Poučení k formuláři Přihláška a evidenční list pojištěnce zdravotní pojišťovny

Formulář se použije při přihlášení ke zdravotní pojišťovně, k oznámení osobních údajů, adres, způsobu placení pojistného, identifikaci plátce pojistného a k oznámení případných změn těchto údajů. Formulář je určen ke splnění oznamovací povinnosti, kterou pojištěnci ukládá ustanovení § 12 písm. a) a k) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

## Kategorie pojištěnce

### • Plátce pojistného – stát (každou státní kategorii je vhodné doložit)

Státní kategorie	Typ potvrzení
<b>A</b> Dítě do ukončení povinné školní docházky	U novorozenců kopie rodného listu
<b>B</b> Nezaopatřené dítě po skončení povinné školní docházky (učeň, student, nebo dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání)	Potvrzení o studiu a jiné
<b>C</b> Poživatel důchodu z českého důchodového pojištění	Rozhodnutí o přiznání důchodu
<b>D</b> Osoby starší 26 let studující v doktorském studijním programu	Potvrzení o studiu
<b>E</b> Žena na mateřské a osoba na rodičovské dovolené; osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění; příjemce rodičovského příspěvku	Rozhodnutí o přiznání příspěvku
<b>G</b> Uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce	Potvrzení úřadu práce
<b>H</b> Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované	Rozhodnutí o přiznání dávky
<b>I</b> Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), stupni III (těžká závislost), nebo stupni IV (úplná závislost); osoby pečující o tyto osoby a o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I	Rozhodnutí o přiznání dávky
<b>K</b> Osoba ve vazbě, výkonu trestu odnětí svobody, výkonu zabezpečovací detence	Potvrzení o vazbě (výkonu trestu)
<b>L</b> Osoba osobně celodenně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, pokud nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti	Potvrzení příslušného úřadu (zařízení) případně čestné prohlášení, rodný list dítěte
<b>M</b> Příjemce penze z doplňkového penzijního spoření	Potvrzení o výplatě penze
<b>N</b> Osoba, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání a nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu	Rozhodnutí o nepřiznání důchodu
<b>O</b> Osoba pobírající dávku nemocenského pojištění, není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu	Potvrzení právnické osoby, která dávky vyplácí
<b>T</b> Osoba vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, pokud není dobrovolník plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za něj plátcem pojistného stát z jiného titulu	Smlouva o dlouhodobé dobrovolnické službě
<b>U</b> Osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy	Potvrzení o umístění v tomto zařízení
<b>V</b> Cizinci oprávněni pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany, žadatelé o mezinárodní ochranu, strpění pobytu	Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany
<b>W</b> Manželé nebo registrovaní partneři státních zaměstnanců vyslaných do zahraničí	Potvrzení vysílající organizační složky státu

Skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné je pojištěnec **povinen oznámit do 8 dnů**. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy.

### • Plátce pojistného – zaměstnavatel (odvádí část pojistného i za zaměstnance)

Za zaměstnance se považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 zákona o daních z příjmů. Zaměstnanec je **povinen neprodleně oznámit** nástup do zaměstnání nebo jeho ukončení, pokud zjistí, že jeho zaměstnavatel tuto skutečnost neoznámil.

### • Plátce pojistného je pojištěnec – OSVČ

Oznámit zahájení nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti je pojištěnec **povinen do 8 dnů**.

### • Plátce pojistného je pojištěnec – OBZP

Oznámit skutečnost, že se pojištěnec stal osobou bez zdanitelných příjmů je **povinen nahlásit do 8 dnů**.

## Adresa pro doručování

Adresu pro doručování je pojištěnec povinen oznámit, a to v situaci, kdy se pojištěnec na adrese trvalého pobytu nezdržuje.

## Změna zdravotní pojišťovny

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny podle § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podle § 11a odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, může být přihláška ke změně zdravotní pojišťovny podána pouze jedna v kalendářním roce, a to v termínu od 1. 1. do 31. 3. nebo od 1. 7. do 30. 9. K případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

## Změna pojišťovny/údajů

Uvede se datum, od kterého se osoba přihlašuje k VoZP ČR, nebo datum, od kterého oznamované skutečnosti nastaly.

## Informace ke zpracování osobních údajů:

Osobní údaje uvedené v této přihlášce jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VoZP ČR“) na základě zákonných důvodů v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, a NAŘÍZENÍM EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), a to pouze pro účely řádného provádění veřejného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Osobní údaje – telefon, e-mail jsou zpracovávány VoZP ČR na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a NAŘÍZENÍM EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Informace o ochraně osobních údajů najdete na webových stránkách [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz)

