

Průlaha č. 2/1


E1802213 2018 06

ZOB000612

Ob. AYP 215x105 OF80g OLrov (2/0) VOZP ČR
Pantone 356 Černá

VOZP

**VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

 Česká pošta	OLZ	ODPOVĚDNÍ ZÁSILKA CENU HRADÍ ADRESÁT 2018/10076
--	-----	---

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
U Botanické zahrady 471/11
779 00 Olomouc

105 mm

215 mm

E1802217 2018 06


Ob. CS/6 OF/80g OK 104x42(28S/15P) L AP VTD (2/0) Vnitro A OP VOZP ČR

Pantone 356 U Černá

ZOB000308

VOZP | VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
U Botanické zahrady 471/11
779 00 Olomouc

 Česká pošta	OP	2018/08052
---	----	------------



104 mm
42 mm
28 mm
15 mm

114 mm

229 mm

Priloha č. 2/2

E1802217 2018 06

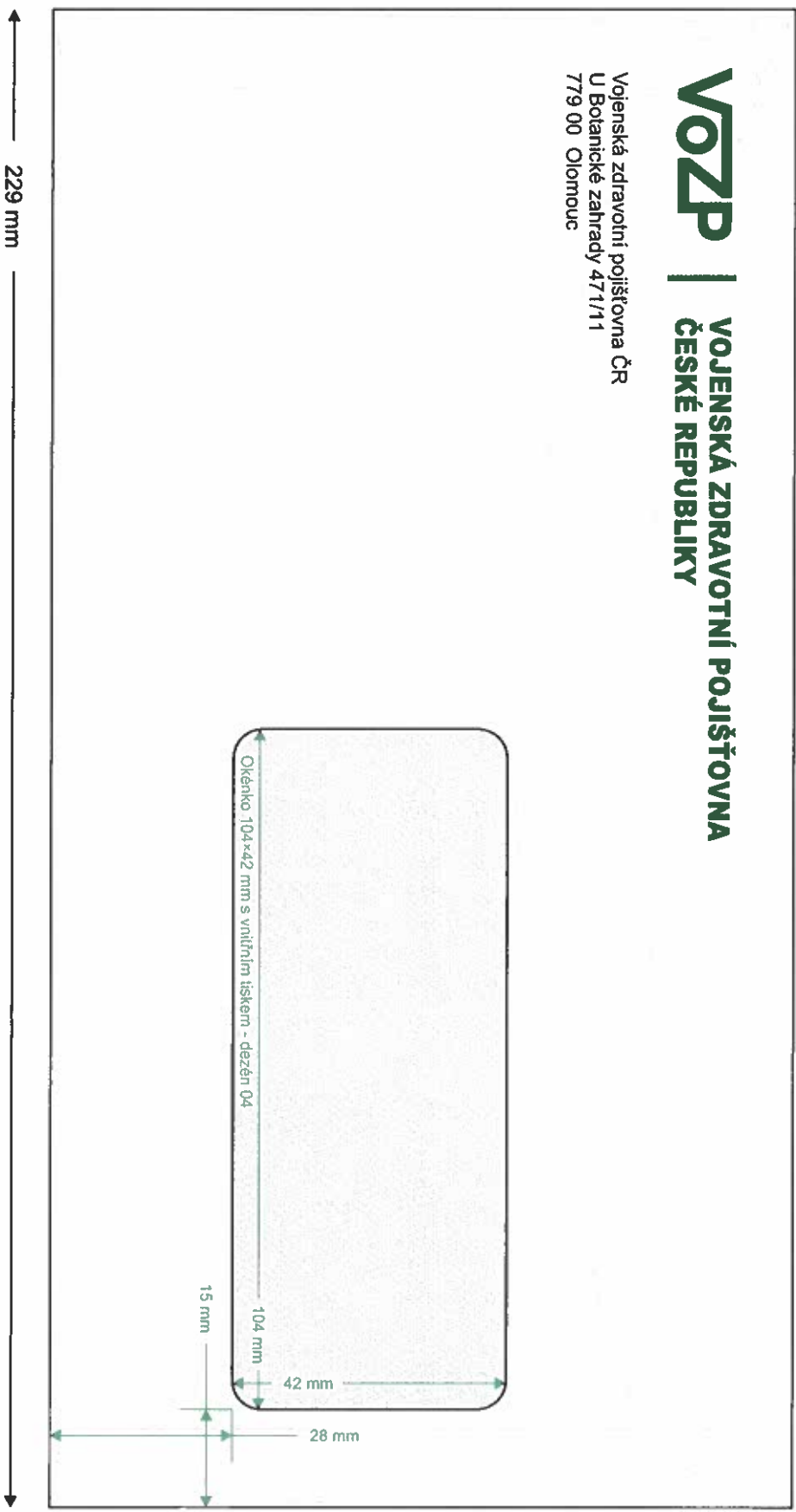
Ob. CS/6 OF80g OK 104x42(28S/15PJ) AP VTD (2/0) VOZP ČR
Pantone 356 U Černá

ZOB000308

VOZP | VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
U Botanické zahrady 471/11
779 00 Olomouc

114 mm



229 mm

E1802215

2018 06

ZOB000268

Ob. C5 OF80g OK 104x42(80S/15P) L AP VTd (2/0) VOZP ČR

Pantone 356 U Černá

VOZP

**VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
U Botaničké zahrady 471/11
779 00 Olomouc



15 mm

162 mm

229 mm

70/2044 č. 2/3



A handwritten signature in black ink, appearing to be "J. Hájek", written over a white background.

generální ředitel VoZP ČR

Zhoubnými nádory u nás každoročně onemocní téměř 80 000 lidí. Jejich výskyt má bohužel vzrůstající tendenci. Ta se významně projevuje zejména u níže popsaných tří diagnóz. Projekt, do něhož jste byli zařazeni, se nazývá **Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy. Je realizován z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR a je převážně financován z prostředků Evropské unie.**

Karcinom ženského prsu

Zhoubné nádory prsu představují v současné době jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů v České republice. V naší zemi je každoročně diagnostikováno více než 6 000 nových případů a na následky tohoto onemocnění ročně umírá kolem 2 000 žen. Bylo prokázáno, že pravidelným mamografickým vyšetřením doplněným případně dalšími metodami, je možné zjistit většinu nádorů již v počátečním stádiu, tedy v době, kdy jsou dobře léčitelné. Lze tím snížit úmrtnost až o 30 %. Vyšetření je pro ženy od 45. roku věku každé dva roky plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění na základě žádanky od gynekologa či praktického lékaře. Seznam center, kde jsou prohlídky prováděny, kontakty pro objednání i objednávací doby jsou dostupné na www.mamo.cz. Naleznete zde i další informace o dané problematice, pro dotazy týkající se této nemoci můžete využít internetovou poradnu, kde odpovídají naši přední odborníci.

Karcinom děložního čípku

Zhoubným nádorem děložního čípku v České republice ročně onemocní kolem 1 100 žen a asi 400 z nich na toto zhoubné onemocnění ročně umírá. Za nejvýznamnější rizikový faktor dnes považujeme infekci onkogenním (tzn. „nádory vyvolávajícím“) typem lidského papilomaviru (HPV). Tento virus se přenáší z 99,9 % pohlavním stykem, k infekci jsou nejnáchylnější mladé dívky. Jim také v období hledání stálých partnerů a někdy i promiskuity hrozí největší riziko nákazy. V některých případech se z této zdánlivě neškodné infekce vyvine přednádorový stav a poté zhoubný nádor. Přednádorové změny se neprojevují dlouho žádnými zdravotními obtížemi a lze je odhalit pouze vyšetřením u gynekologa v rámci preventivní prohlídky. Tu hradí zdravotní pojišťovny každoročně, pro pacientky je tedy bezplatná. Na webových stránkách www.cervix.cz jsou zveřejněny jak důležité informace o zhoubných nádorech děložního čípku a o možnostech prevence, tak i seznam akreditovaných laboratoří, kde jsou vzorky testovány.

Karcinom tlustého střeva a konečníku

Zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku se v České republice vyskytují mimořádně často. Při srovnání s jinými zeměmi jsme stát s nejvyšším výskytem. Každoročně je zhoubný nádor tlustého střeva či konečníku zjištěn asi u 8 000 osob a je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů i u žen (s výjimkou některých nádorů kožních). Postihuje především populaci nad 50 let věku. Úspěšného léčení je možné dosáhnout pouze včasným vyšetřením. To je založeno na pravidelných testech okultního (skrytého) krvácení do stolice nebo na kolonoskopickém vyšetření. Vyšetření na zjištění event. krvácení do stolice se provádí nenáročným testem, který je nabízen v rámci preventivních prohlídek u praktických lékařů a gynekologů. Lidé ve věku od 50 let by jej měli absolvovat každoročně, osoby starší 55 let se mohou navíc rozhodnout pro kolonoskopické vyšetření (stačí jednou za deset let). Vyšetření jsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Při jakýchkoliv obtížích je však třeba navštívit lékaře ihned! Bližší informace naleznete na www.kolorektum.cz.

Bez aktivní účasti občanů jsou preventivní onkologické programy bezcenné. Nepodceňujte péči o své zdraví, nepodceňujte prevenci závažných život ohrožujících onemocnění a absolvujte preventivní prohlídky.

116 2014 01 2 / 4

VoZP

VoZP ČR - kód 201

Přihláška a
evidenční list
pojištěnce

přihláška* změna

Razítko a podpis pracovníka VoZP ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplněte jej prosím čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrtnutí pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q Ŕ S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)

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"/>
PSC	Obec	Státní příslušnost
		Stát

3. Zákonný zástupce pojištěnce (u novorozence matka)

Příjmení	Jméno	Titul
Státní příslušnost	Datum narození	Rodné číslo zákonného zástupce

4. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje pojištěnce (zákonného zástupce)

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Telefon
PSC	Obec	Stát
E-mail		

5. Kategorie pojištěnce

<input type="checkbox"/> Plátcem pojistného je STÁT	Státní kategorie
<input type="checkbox"/> Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL	
<input type="checkbox"/> Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ	
<input type="checkbox"/> Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP	

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

Pojistné (zálohy na pojistné) platím <input type="checkbox"/> poštovní poukázkou <input type="checkbox"/> převodem z účtu
Bankovní spojení: (předčíslo účtu - číslo účtu / kód banky)
Bankovní spojení: (IBAN)

7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Příjmení	Jméno	Titul
ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Identifikační číslo (ICO)
PSC	Obec	Telefon

8. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

Kód	Název zdravotní pojišťovny
-----	----------------------------

9. Souhlas se zpracováním osobních údajů

Souhlasím s tím, aby ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 (GDPR), Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky zpracovávala mé osobní údaje uvedené v tomto dokumentu za účelem řádného vykonávání veřejného zdravotního pojištění, úhrady vykázané zdravotní péče poskytnuté pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními a nesmluvními zdravotnickými zařízeními v případě nutné a neodkladné péče, výběru a vymáhání pojistného, a dále pro marketingové účely výhradně spojené s činností Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky.

10. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné.
* Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůtu stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VoZP ČR.

Datum platnosti vyplněných údajů OD

VoZP 70.01/2018.2

Počet listů příloh

Vyplněno dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Poučení k formuláři Přihláška a evidenční list pojištěnce zdravotní pojišťovny

Formulář je určen ke splnění oznamovací povinnosti, kterou pojištěnci ukládá ustanovení § 12 písm. a) a k) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. 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.

Kategorie pojištěnce

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

Státní kategorie	Typ potvrzení
A Dítě do ukončení povinné školní docházky	U novorozenců kopie rodného listu
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
C Poživatel důchodu z českého důchodového pojištění	Rozhodnutí o přiznání důchodu
D Osoby starší 26 let studující v doktorském studijním programu	Potvrzení o studiu
E 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
G Uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce	Potvrzení úřadu práce
H Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované	Rozhodnutí o přiznání dávky
I 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
K Osoba ve vazbě, výkonu trestu odnětí svobody, výkonu zabezpečovací detence	Potvrzení o vazbě (výkonu trestu)
L 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
M Příjemce penze z doplňkového penzijního spoření	Potvrzení o výplatě penze
N 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
O Osoba pobírající dávky 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
T 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
U Osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy	Potvrzení o umístění v tomto zařízení
V Cizinci oprávněni pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany, žadatelé o mezinárodní ochranu, střeňní pobytu	Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany
W 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.

Změna zdravotní pojišťovny

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny podle § 11 odst. 1 písm. a) zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Přihláška ke změně zdravotní pojišťovny může být 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 platná OD:

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

