

Příhláška a evidenční list pojištěnce

příhláška* změna

Razítko a podpis pracovníka VoZP ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací 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 Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo 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	Státní příslušnost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Stát	Pohlaví: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje pojištěnce (zákonného zástupce)

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Stát	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Kategorie pojištěnce

Plátcem pojistného je STÁT Státní kategorie

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"/>	<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. 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) lhůty 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, strpění 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.

