



Příhláška pojištěnce

Vyplňte hůlkovým písmem

Osobní údaje pojištěnce

Příjmení:	Číslo pojištění (RČ):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno:	Titul před:	Titul za:							
Rodné příjmení:	Datum narození:								
Dosud pojištěn u:	od:	Státní příslušnost:							

Zákonný zástupce pojištěnce (u novorozence matka)

Příjmení:	Číslo pojištění (RČ):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno:	Státní příslušnost:								
Titul před:	Titul za:	Datum narození:							

Trvalý pobyt pojištěnce

Obec:	PSČ:
Ulice, č. p.:	Pošta:
Telefon:	E-mail:

Kontaktní adresa pojištěnce (má-li pojištěnec zák. zástupce, uveďte adresu zák. zástupce)

Obec:	PSČ:
Ulice, č. p.:	Pošta:
Telefon:	E-mail:

Plátcem pojistného je: 1. Stát ⇒ vyplňte tabulku 1 2. Pojištěnec ⇒ vyplňte tabulku 2 3. Zaměstnavatel ⇒ vyplňte tabulku 3

V případě, že splňujete zařazení do více tabulek, vyplňte každou z nich.

Kategorie	KAŽDOU KATEGORII, KDY POJISTNÉ HRADÍ STÁT, JE NUTNÉ DOLOŽIT!		POTVRZENÍ:
	<input type="checkbox"/> A	Dítě do ukončení povinné školní docházky	
<input type="checkbox"/> B	Nezaopatřené dítě po skončení povinné školní docházky (učeň, student, nebo dítě, které pro špatný zdrav. stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání)		Potvrzení o studiu a jiné
<input type="checkbox"/> C1	Poživatel důchodu z českého důchodového pojištění: C1- starobní, C2-invalidní, C3-jiný		Rozhodnutí o přiznání důchodu
<input type="checkbox"/> C2			
<input type="checkbox"/> C3			
<input type="checkbox"/> E	Žena na mateřské a rodičovské dovolené; žena pobírající pomoc v mateřství; muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisu o nemocenském pojištění; příjemce rodičovského příspěvku		Rozhodnutí o přiznání příspěvku
<input type="checkbox"/> G1	G1 - Uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce		Potvrzení úřadu práce
<input type="checkbox"/> G2	G2 - Osoba evidovaná u úřadu práce s krátkodobým zaměstnáním		
<input type="checkbox"/> H	Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované		Rozhodnutí o přiznání dávky
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> J	Osoba povoláná k vojenskému cvičení		Povolávací rozkaz
<input type="checkbox"/> K	Osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody		Potvrzení o vazbě (výkonu trestu)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> U	Osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy		Potvrzení o umístění v tomto zařízení
<input type="checkbox"/> V	Cizinci oprávněni pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany, žadatelé o mezinárodní ochranu, střežení pobytu		Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany

TABULKA 2 – Plátcem pojistného je pojistětec	<input type="checkbox"/>	A. Osoba bez zdanitelných příjmů (samoplátce) – (není třeba doložit potvrzením)		
	<input type="checkbox"/>	B. Osoba samostatně výdělečně činná (podnikatel) – přiložit kopii živnostenského listu		
	Obchodní jméno (firmy, živnosti):		IČ:	<input type="text"/>
	Adresa (firmy, živnosti):		Telefon:+420	<input type="text"/>
			Fax: +420	<input type="text"/>
	PSČ:	Pošta:	E-mail:	<input type="text"/> @
	Výše měsíční zálohy zdravotního pojištění:		Zdroj příjmů:	<input type="checkbox"/> hlavní <input type="checkbox"/> vedlejší <input type="checkbox"/> nositel živnosti <input type="checkbox"/> spolupracující osoba
	Způsob placení zdravotního pojištění			
	<input type="checkbox"/>	A. Složenkou		<input type="checkbox"/> žádám o zaslání <input type="text"/> ks složenek
	<input type="checkbox"/>	B. Převodem z účtu		
Číslo předčíslí:		<input type="text"/>	Číslo bankovního účtu:	<input type="text"/>
Směrový kód banky:		<input type="text"/>	Specifický symbol: (tj. číslo sporožir. účtu)	<input type="text"/>

TABULKA 3 – Plátcem pojistného je zaměstnavatel	Zahájení dne:		Předchozí prac. poměr ukončen dne:	
	Název zaměstnavatele:			
	IČ:	<input type="text"/>	Vnitřní organizační jednotka:	<input type="text"/>
	Místo (obec):	<input type="text"/>	Telefon do zaměstnání:+420	<input type="text"/>
	Ulice, č.p./č.o:	<input type="text"/>	Fax do zaměstnání: +420	<input type="text"/>
	PSČ:	Pošta:	E-mail do zaměstnání:	<input type="text"/> @

V případě, že máte **další zaměstnavatele**, uveďte jejich údaje ve stejné formě v příloze s Vaším podpisem a datem!

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé

Dne: Podpis pojistěnce
(zákonného zástupce):

TABULKA 4 – Údaje o osobě, která získala pojištění	SOUTĚŽ o ceny	
	Číslo pojištění (RČ)	<input type="text"/>
	Jméno:	Příjmení:
	Obec:	Ulice, č.p.:
	PSČ:	Číslo účtu: <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Souhlasím s tím, aby VoZP ČR mé osobní údaje uvedené v této tabulce zpracovávala, v nezbytném rozsahu, pro potřeby Soutěže o ceny, dle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Tento souhlas uděluji do doby ukončení této soutěže.	
	Dne:	Podpis:

Místo pro záznamy VoZP ČR:

Jméno zaměstnance (smluvního zaměstnance) VoZP ČR:

Převzal dne: Podpis:

Data do systému pořídil: Dne: Podpis: