



Oznámení změn pojištění

Vyplňte hůlkovým písmem

Příjmení (dosavadní):	Číslo pojištění (RČ) (dosavadní):	<input type="text"/>
-----------------------	--------------------------------------	----------------------

Jméno (dosavadní):	Datum narození:	<input type="text"/>
--------------------	-----------------	----------------------

Adresa (dosavadní):	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

Změna:

<input type="checkbox"/>	1. Číslo pojištění (RČ) (doložit přidělení nového)	Nové číslo pojištění (rodné číslo):	Nové telefonní číslo (údaj není povinný):
--------------------------	---	-------------------------------------	---

<input type="checkbox"/>	2. Příjmení a jména (doložit příslušným dokladem)	Nové příjmení:	Nové jméno:
--------------------------	---	----------------	-------------

<input type="checkbox"/>	3. Adresy pobytu pojištěnce	<input type="checkbox"/> kontaktní <input type="checkbox"/> trvalý	Ulice: <input type="text"/> č.p. /č.o.: <input type="text"/> Místo a PSČ: <input type="text"/>
--------------------------	-----------------------------	---	---

<input type="checkbox"/>	4. Placení pojistného (včetně změny zaměstnavatele) § 10, odst. 5, zák. č. 48/1997 Sb. do 8 dnů hlásit vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné	Pojistné platí:	<input type="checkbox"/> 1. Stát ⇒ vyplňte TABULKU 1. <input type="checkbox"/> 2. Pojištěnec ⇒ vyplňte TABULKU 2. <input type="checkbox"/> 3. Zaměstnavatel ⇒ vyplňte TABULKU 3.	V případě, že splňujete zařazení do více tabulek, vyplňte každou z nich
--------------------------	---	-----------------	--	---

<input type="checkbox"/>	5. Jinou změnu:	Uveďte jakou: <input type="text"/>
--------------------------	-----------------	------------------------------------

Změna je platná od:

Kategorie	UVEĎTE STAV PO ZMĚNÁCH, DOLOŽTE	POTVRZENÍ:
<input type="checkbox"/> A	Dítě do ukončení povinné školní docházky	U novorozenců kopie rodného listu
<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	Osoba pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby	Rozhodnutí o přiznání dávky
<input type="checkbox"/> I	Osoba převážně nebo úplně bezmocná; osoba pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě; osoba pobírající příspěvek při péči o osobu starší 80 let, která je částečně bezmocná, nebo podle vyjádření ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby	Rozhodnutí o přiznání dávky
<input type="checkbox"/> J	osoba povolána k vojenskému cvičení	Povolávací rozkaz
<input type="checkbox"/> K	Osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody	Potvrzení o vazbě, nebo 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
<input type="checkbox"/> N	Osoba, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nespĺňuje další podmínky pro jeho přiznání a nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu	Rozhodnutí o přiznání příspěvku
<input type="checkbox"/> O	Osoba pobírající nemocenské dávky v ochranné době (po ukončení pracovního poměru)	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 oprávnění pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti	Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany nebo průkaz cizince požívajícího dočasné ochrany

TABULKA 1 – Plátcem pojistného je stát

Pokud nastala v tabulce 1 změna napište do rámečku písmeno kategorie, datum změny a doložte dokladem:

Oznamuji zařazení do kategorie:	<input type="text"/>	Platí od:	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	-----------	----------------------

Oznamuji ukončení zařazení do kategorie:	<input type="text"/>	Poslední den platnosti:	<input type="text"/>
--	----------------------	-------------------------	----------------------

TABULKA 2 – Plátcem pojistného je pojištěnec	<input type="checkbox"/>	A. Osoba bez zdanitelných příjmů (samoplátce) – (není třeba doložit potvrzením)		
		Oznamuji zahájení dnem:	Ukončení dne:	
		Oznamuji zahájení dnem:	Ukončení dne	
		Oznamuji zahájení dnem:	Ukončení dne	
	<input type="checkbox"/>	B. Osoba samostatně výdělečně činná (podnikatel) – přiložit kopii živnostenského listu		
		Oznamuji zahájení dnem:	Ukončení dne:	
	Obchodní jméno (firmy, živnosti):		IC:	
	Adresa (firmy, živnosti):		Telefon:+420	
			Fax: +420	
	PSČ:	Pošta:	E-mail:	@
	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" value=""/> ks složenek
<input type="checkbox"/>	B. Převodem z účtu			
Číslo předčíslí:		Číslo bankovního účtu:		
Směrový kód banky:		Specifický symbol: (tj. číslo sporožir. účtu)		

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

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 pojištěnce (zákonného zástupce):

Místo pro záznamy VoZP ČR:		
Předložené doklady:		
Převzal dne:	Jméno zaměstnance (smluvního zaměstnance) VoZP ČR:	
Podpis:		
Data do systému pořídil dne:	Jméno zaměstnance VoZP ČR:	Podpis: