



Přihláška pojištěnce

Vyplňte hůlkovým písmem

Osobní údaje pojištěnce											
Příjmení:	Číslo pojištěnce (RČ): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Jméno:	Titul před: Titul za:										
Rodné příjmení:	Datum narození:										
Dosud pojištěn u: od:	Státní příslušnost:										
Zákonný zástupce pojištěnce (u novorozence matka)											
Příjmení:	Číslo pojištěnce (RČ): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
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.

TABULKA 1 – Plátcem pojistného je stát	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	Osoby konající službu v ozbrojených silách, s výjimkou vojáků z povolání, a osoby povolané 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, strpění pobytu	Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany

TABULKA 2 – Plátcem pojistného je pojištěnec	<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):		IČO:	<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		
Předčíslí:		<input type="text"/>	Číslo účtu:	<input type="text"/>
Kód banky:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

TABULKA 3 – Plátcem pojistného je zaměstnavatel	Zahájení dne:		Předchozí prac. poměr ukončen dne:	
	Název zaměstnavatele:			
	IČO:	<input type="text"/>	Vnitřní organizační jednotka:	<input type="text"/>
	Místo (obec):	Telefon do zaměstnání:+420		
	Ulice, č.p./č.o.:	Fax do zaměstnání: +420		
	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 a beru na vědomí, že přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu následujícího kalendářního roku mohu podat pouze jednu, a to nejpozději do 30. června. K případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

Dne:	Podpis pojištěnce (zákonného zástupce):
------	--------------------------------------------

Místo pro záznamy VoZP ČR:

Jméno zaměstnance (obchodního zástupce) VoZP ČR:

Převzal dne: Podpis:

Data do systému pořídil: Dne: Podpis: