



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VZP - kód 111

Příhláška a evidenční list pojištěnce

příhláška změna

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte 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

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ)
PSČ	Obec	Stát	Státní příslušnost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje

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

4. Kategorie pojištěnce

Plátcem pojistného je STÁT Státní kategorie

Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL

Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ

Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

5. 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)

6. Identifikace zaměstnavatele / školy (vyplní pouze zaměstnanci nebo studenti)

Název zaměstnavatele / školy

ADRESA ZAMĚSTNAVATELE / ŠKOLY: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Obchodní jméno

ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
<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	Dosavadní číslo pojištěnce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VZP.

Změna pojišťovny / údajů platná OD

VZP 70.01/2017

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

Státní kategorie:

- (A) - dítě do ukončení povinné školní docházky
- (B) - nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student, dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání)
- (C) - poživatel důchodu z českého důchodového pojištění
- (E) - žena na mateřské a osoba na rodičovské dovolené;
 - osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění;
 - příjemce rodičovského příspěvku
- (G) - uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce
- (H) - osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi;
 - osoba s ní společně posuzovaná
- (I) - osoba, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II, III, nebo IV;
 - osoba pečující o tuto osobu;
 - osoba pečující o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I
- (K) - osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoba ve výkonu trestu odnětí svobody
- (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
- (N) - osoba, která je invalidní ve třetím stupni nebo která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu
- (O) - osoba, která je příjemcem dávek nemocenského pojištění, není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu
- (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
- (U) - osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy
- (V) - cizinec, kterému bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany;
 - žadatel o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území;
 - cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území ČR
- (M) - příjemce penze z doplňkového penzijního spoření

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 osmi dnů**.
- **Plátce pojistného je pojištěnec – OBZP**
Oznámit skutečnost, že se pojištěnec stal osobou bez zdanitelných příjmů je **povinen nahlásit do osmi dnů**.

Změna zdravotní pojišťovny

Podle ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění lze změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí. Přihlášku opatřenou podpisem je pojištěnec, jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně v průběhu kalendářního pololetí bezprostředně předcházejícího tomu, ve kterém má ke změně zdravotní pojišťovny dojít, nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny lze podat v kalendářním roce pouze jednu, 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 VZP nebo datum, od kterého oznamované skutečnosti nastaly.

