



# 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 Ň 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"/>	
PSČ	Obec	U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stát	Státní příslušnost		
<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"/>		
<input type="text"/>	<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	Číslo popisné	Číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESA ZAMĚSTNAVATELE / ŠKOLY: Ulice	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PSČ	Obec		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 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
<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) lhůtu stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11 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 70.01/2010

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 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
- (J) - osoba povoláná k vojenskému cvičení
- (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
  - osoba vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, pokud není dobrovolník
- (T) - 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

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 pojištěnce **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

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny podle § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. **Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců**, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí.

### Změna pojišťovny/údajů platná OD:

Uvede se datum, od kterého se osoba přihlašuje k VZP nebo datum, od kterého oznamované skutečnosti nastaly.

