

Příhláška a evidenční list pojištěnce

příhláška změna

Razítko a podpis pracovníka ZPMVČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe čemou 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
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)

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"/>
PSČ	Obec		U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ)
Stát	Státní příslušnost		

3. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Telefon
PSČ	Obec		Stát
E-mail			

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 (vyplní pouze zaměstnanci)

Název zaměstnavatele nebo obchodní jméno OSVČ

ADRASA ZAMĚSTNAVATELE: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
PSČ	Obec		Telefon

7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Příjmení	Jméno	Titul
ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační
PSČ	Obec	
Telefon		

8. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

Kód	Název zdravotní pojišťovny

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 ZPMVČR.


Datum platnosti vyplněných údajů OD

. .

Vyplněno dne

. .

ZPMVČR 70.01/2010



Počet listů příloh

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

(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 plně invalidní nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nespĺňuje 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

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. Zaměstnance 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 číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. **Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců**, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí.

Datum platnosti vyplněných údajů OD:

Uvede se datum, od kterého oznamované skutečnosti nastaly.

