



Příhláška pojištěnce

Datum převzetí, razítko VZP ČR

Poučení k formuláři Příhláška pojištěnce

Formulář je určen pro změnu zdravotní pojišťovny a pro přihlášení novorozence. Podle ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů lze změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí. Příhlášku 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. Příhlášku lze tedy podat pouze v období od 1. ledna do 31. března při změně pojišťovny k 1. červenci kalendářního roku a od 1. července do 30. září při změně pojišťovny k 1. lednu následujícího roku. Příhlášku 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.

Osobní údaje

Číslo pojištěnce - u občanů ČR rodné číslo. Cizinci, kteří mění zdravotní pojišťovnu, uvedou číslo pojištěnce, pod kterým byli evidováni u dosavadní zdravotní pojišťovny. Cizinec, který dosud nebyl v ČR přihlášen u žádné zdravotní pojišťovny, uvede datum narození ve formátu DD.MM.RRRR a zdravotní pojišťovna mu číslo pojištěnce přidělí.

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník zastupuje osobu s omezenou svéprávností.

Přihlášení novorozence

Při přihlášení novorozence se uvede rodné číslo matky – dítě se stává dnem narození pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Není-li matka narozeného dítěte účastna veřejného zdravotního pojištění, stává se dítě dnem narození pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je v den jeho narození pojištěn otec dítěte. V takovém případě se uvede rodné číslo otce.

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.

Případné dotazy zodpoví pracoviště VZP nebo clientské centrum VZP, Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00, v době od 8 do 16 hodin na telefonním čísle: 952 222 222; v době od 16 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace jsou k dispozici na internetové adrese: www.vzp.cz.

1. Osobní údaje

Příjmení	Jméno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pohlaví	Státní příslušnost	Trvalý pobyt v ČR
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Adresa trvalého pobytu: Ulice		Číslo popisné/orientační
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PSČ	Obec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Příjmení	Jméno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození	U novorozence RČ matky/otce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny, datum změny

Kód	Název dosavadní zdravotní pojišťovny
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Změna zdravotní pojišťovny od	
<input type="text"/>	

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VZP²/Svým podpisem stvrzuji svoji vůli, aby se osoba, jejímž jsem zákonným zástupcem, opatrovníkem nebo poručníkem stala pojištěncem VZP³

Vyplněno dne

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP / RP / Pasu *

č.:

Jméno, příjmení a podpis pracovníka VZP, který ověření totožnosti provedl

Podpis pojištěnce (zák. zástupce, opatrovníka, poručníka)

* Nehodící se škrtněte