



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VZP - kód 111

Příhláška a evidenční list pojištěnce

příhláška změna

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP ČR

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"/> | U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ) |
| PSČ | Obec | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 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"/> |
| <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

ADRESA ZAMĚSTNAVATELE / ŠKOLY: Ulice Číslo popisné | Číslo orientační | Identifikační číslo (IČ) || | | | |
| PSČ | Obec | | Telefon |
| | | | |

7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Obchodní jméno

ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ: Ulice Číslo popisné | Číslo orientační | Identifikační číslo (IČ) || | | | |
| PSČ | Obec | | Telefon |
| | | | |

8. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

| | | |
|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Kód | Název zdravotní pojišťovny | 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 úplně. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VZP ČR.

Změna pojišťovny / údajů platná OD

VZP 70.01/2018

Počet listů příloh

Vyplněno dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)