



Přihláška pojištění

Datum převzetí, razítko VZP ČR

1. Osobní údaje

Příjmení

Jméno

Datum narození

Číslo pojištění (rodné číslo)

Titul

Pohlaví

muž

žena

Státní příslušnost

Trvalý pobyt v ČR

ano

ne

Adresa trvalého pobytu: Ulice

Číslo popisné/orientační

PSC

Obec

Telefon

E-mail

2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Příjmení

Jméno

Datum narození

U novorozence RČ matky/otce*

3. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny, datum změny

Kód

Název dosavadní zdravotní pojišťovny

Změna zdravotní pojišťovny od

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 svou vůli stát se pojištěncem VZP* / Svým podpisem stvrzuji svoji vůli, aby se osoba, jejímž jsem zákonným zástupcem, opatrovníkem nebo poručníkem, stala pojištěncem VZP*

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

Poučení k formuláři Přihláška 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. 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 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.

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.

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 ČR nebo Informační centrum VZP ČR, Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00, v době od 8 do 18 hodin na telefonním čísle: 952 222 222; v době od 18 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace jsou k dispozici na internetové adrese: www.vzp.cz.