ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR 211

ZP MV ČR - kód 211

Přihláška a evidenční list pojištěnce

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka ZP MV ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrtávací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď E Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š T Ť U Ú Ů V W X Y Ý Z

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 ☐ žena ☐

PSČ

Obec

U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ) /

Stát

Státní příslušnost

E-mail

Telefon

3. Korespondenční adresa

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice

Číslo popisné /

Číslo orientační

PSČ

Obec

Stát

4. Kategorie pojištěnce

A - druh kategorie

- ☐ Plátcem pojistného je STÁT
- ☐ Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL
- ☐ Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ
- ☐ Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

B - specifikace kategorie, pokud je plátcem pojistného STÁT

- ☐ **nezaopatřené dítě do 15 let** - doklad se nevyžaduje
- ☐ **nezaopatřené dítě od 15 let do 26 let** - doložte potvrzením o studiu
- ☐ **poživatel důchodu** - doložte potvrzením o pobírání starobního, invalidního, vdovského/vdoveckého či sirotčího důchodu
- ☐ **uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce** - doložte potvrzením úřadu práce
- ☐ **osoba na mateřské či rodičovské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku** - doložte doklad o pobírání dávky (peněžité podpory v mateřství či rodičovského příspěvku), jste-li nadále v pracovním poměru, oznamte změnu zdravotní pojišťovny Vašemu zaměstnavateli
- ☐ **jiné kategorie** - doložte dokladem (viz. poučení)

5. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

Kód

Název zdravotní pojišťovny

Dosavadní číslo pojištěnce

6. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty 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 ZP MV ČR.

Změna pojišťovny platná OD . .

Vyplněno dne . .

Počet listů příloh

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Identifikace ověřena dle OP/pasu č.:

Osoba ověřující totožnost pojištěnce

Identifikace zákonného zástupce

Jméno

Příjmení

Datum narození

Vztah k pojištěnci

ZPMVČR 70.01/2013

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení k tomuto formuláři. Pro vyplnění formuláře na PC lze použít elektronický PDF formulář vystavený na internetových stránkách ***www.zpmvcr.cz***

Poučení k formuláři „Přihláška a evidenční list pojištěnce“

Formulář je určen pro přihlášení ke Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR ve smyslu § 11 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

1. Základní identifikace pojištěnce

- uveďte osobní údaje pojištěnce, který se přihlašuje k ZP MV ČR

2. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje

- u novorozenců uveďte rodné číslo (číslo pojištěnce) matky – pozn.: dnem narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození
- pro urychlení a zjednodušení komunikace uveďte telefonní číslo a kontaktní e-mail

3. Korespondenční adresa

- korespondenční adresu vyplňte, přejete-li si zasílat dokumenty na jinou adresu, než je adresa trvalého pobytu

4. Kategorie pojištěnce

- označte křížkem příslušnou kategorii plátce pojistného **v části a);**
- pokud jste zaškrtl(a), že plátcem je **STÁT**, vyznačte v **části b)** konkrétní státní kategorii **a doložte** tuto skutečnost dokladem. Bez doloženého dokladu Vás nebude možné evidovat jako pojištěnce, za kterého hradí pojistné stát. Pokud nemáte potřebný doklad k dispozici, doložte ho naší pojišťovně nejpozději do 8 dnů od zahájení pojistného vztahu. Pakliže jste na přihlášce zaškrtl(a) kategorii „jiné“, doložte doklad podle níže uvedených situací:
  - osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi; osoba s ní společně posuzovaná – *doložte potvrzením*
  - 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 – *doložte potvrzením*
  - 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 – *doložte rodnými listy dětí*
  - osoba povolaná k vojenskému cvičení
  - osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoba ve výkonu trestu odnětí svobody
  - osoba, která je invalidní ve 3. 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 nepožívá žádný důchod z ciziny nebo tento důchod z ciziny nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy - *doložte*
  - 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 – *doložte potvrzením o výplatě dávek nemocenského pojištění*
  - 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 – *doložte smlouvu s vysílající organizací*
  - osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy
  - 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 – *doložte dokladem*
  - příjemci starobní penze na určenou dobu, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu podle zákona upravujícího doplňkové penzijní spoření do dosažení věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod podle § 32 zákona o důchodovém pojištění, pokud jsou splněny podmínky stanovené v § 22 odst. 4 nebo § 23 odst. 6 z č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření – *doložte dokladem o zahájení výplaty penze*
- **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 č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění;
- **OSVČ** = osoba samostatně výdělečně činná dle § 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.; **OBZP** = osoba bez zdanitelných příjmů (touto osobou je pojištěnec, který má na území ČR trvalý pobyt, avšak není zaměstnancem ani OSVČ a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc);

5. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

- zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen **k 1. lednu** následujícího kalendářního roku (**přihlášku k ZP MV ČR je nutné podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny**);
- uveďte dosavadní číslo pojištěnce - u občanů České republiky je číslem pojištěnce rodné číslo; v případě cizích státních příslušníků uveďte číslo pojištěnce přidělené dosavadní zdravotní pojišťovnou.

6. Datum vyplnění a podpisová doložka

Změna pojišťovny platná OD:

- uvede se datum, od kterého se osoba přihlašuje k ZP MV ČR - v případě přestupu k ZP MV ČR vždy k 1. lednu, v případě registrace novorozence vzniká pojistný vztah u ZP MV ČR dnem narození.

Podpis pojištěnce nebo zákonného zástupce (u osob mladších 18 let a osob zbavených svéprávnosti musí přihlášku podepsat zákonný zástupce pojištěnce)

- zákonný zástupce připojí ke svému podpisu své údaje v rozsahu: jméno, příjmení, datum narození a uvede svůj vztah k pojišťované osobě (matka, otec, popř. poručník; opatrovník u nesvéprávné osoby);
- osoba ověřující totožnost pojištěnce zaznamená číslo občanského průkazu/pasu pojištěnce nebo zákonného zástupce.

Vaše dotazy Vám rádi zodpovíme na všech pobočkách ZP MV ČR, popřípadě lze využít služby Infolinky na tel. č. 844 211 211. Bližší informace o našich produktech a službách rovněž naleznete na www.zpmvcr.cz