



VoZP ČR - kód 201

Příhláška a evidenční list pojištěnce

příhláška ☐ změna ☐

Razítko a podpis pracovníka VoZP ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrtnutí 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. Zákonný zástupce pojištěnce (u novorozence matka)

Příjmení	Jméno	Titul
Státní příslušnost	Datum narození	Rodné číslo zákonného zástupce

3. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje pojištěnce

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Pohlaví muž ☐ žena ☐
PSČ	Obec	Státní příslušnost	

4. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje pojištěnce (zákonného zástupce)

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

5. Kategorie pojištěnce

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

6. 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)		

7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)

Příjmení	Jméno	Titul	
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

9. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

☐ Souhlasím s tím, aby ve smyslu Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a GDPR, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky zpracovávala mé osobní údaje uvedené v tomto dokumentu za účelem řádného vykonávání veřejného zdravotního pojištění, úhrady vykázané zdravotní péče poskytnuté pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními a nesmluvními zdravotnickými zařízeními v případě nutné a neodkladné péče, výběru a vymáhání pojistného, a dále pro marketingové účely výhradně spojené s činností Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky.	Počet listů příloh	Datum platnosti vyplněných údajů OD	Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)
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 VoZP ČR.	Vyplněno dne		

VoZP 70.01/2018



Počet listů příloh

Vyplněno dne

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 (každou státní kategorii je nutné doložit)**

Státní kategorie		Typ potvrzení
A	Dítě do ukončení povinné školní docházky	U novorozenců kopie rodného listu
B	Nezaopatřené dítě po skončení povinné školní docházky (učeň, student, nebo dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání)	Potvrzení o studiu a jiné
C	Poživatel důchodu z českého důchodového pojištění	Rozhodnutí o přiznání důchodu
D	Osoby starší 26 let studující v doktorském studijním programu	Potvrzení o studiu
E	Žena na mateřské a osoba na rodičovské dovolené; osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění; příjemce rodičovského příspěvku	Rozhodnutí o přiznání příspěvku
G	Uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce	Potvrzení úřadu práce
H	Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované	Rozhodnutí o přiznání dávky
I	Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), stupni III (těžká závislost), nebo stupni IV (úplná závislost); osoby pečující o tyto osoby a o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I	Rozhodnutí o přiznání dávky
K	Osoba ve vazbě, výkonu trestu odnětí svobody, výkonu zabezpečovací detence	Potvrzení o vazbě (výkonu trestu)
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	Potvrzení příslušného úřadu (zařízení) případně čestné prohlášení, rodný list dítěte
M	Příjemce penze z doplňkového penzijního spoření	Potvrzení o výplatě penze
N	Osoba, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání a nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu	Rozhodnutí o nepřiznání důchodu
O	Osoba pobírající dávky nemocenského pojištění, není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu	Potvrzení právnické osoby, která dávky vyplácí
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	Smlouva o dlouhodobé dobrovolnické službě
U	Osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy	Potvrzení o umístění v tomto zařízení
V	Cizinci oprávnění pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany, žadatelé o mezinárodní ochranu, střeň pobyty	Průkaz žadatele o poskytnutí dočasné ochrany
W	Manželé nebo registrovaní partneři státních zaměstnanců vyslaných do zahraničí	Potvrzení vysílající organizační složky státu

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. Zaměstnanec 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 pojištěnec **povinen do 8 dnů**.

- **Plátce pojistného je pojištěnec – OBZP**

Oznámit skutečnost, že se pojištěnec stal osobou bez zdanitelných příjmů je **povinen nahlásit do 8 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. Přihláška ke změně zdravotní pojišťovny může být podána pouze jedna v kalendářním roce, a to v termínu od 1. 1. do 31. 3. nebo od 1. 7. do 30. 9. K případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

Změna pojišťovny/údajů platná OD:

Uvede se datum, od kterého se osoba přihlašuje k VoZP ČR nebo datum, od kterého oznamované skutečnosti nastaly.

