Poučení k formuláři „Oznámení pojištěnce o změně údajů“

Formulář je určen zejména k plnění oznamovací povinnosti stanovené v § 12 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a v § 24 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění. **Formulář vyplňte, prosím, čitelně hůlkovým písmem. Zaškrtávací pole označte křížkem. Datum uvádějte ve tvaru DD.MM.RRRR.**

1. **Základní identifikace pojištěnce -** uveďte osobní údaje pojištěnce
2. **Oznamované/nové údaje**
   - ZP MV ČR je napojena na **základní registr obyvatel** a informace o **změnách jména, příjmení či adresy místa pobytu v ČR** svých klientů získává **automaticky**.
   - Korespondenční adresu nám můžete nahlásit v případě, že se na adrese trvalého pobytu nezdržujete a přejete si tedy doručovat písemnosti na jinou adresu. Pokud máte adresu pro doručování zapsánu v základním registru obyvatel, bude tato námi převzata automaticky. Týká-li se změna adresy i Vašich nezletilých dětí pojištěných u ZP MV ČR, uveďte jejich rodné číslo (číslo pojištěnce) a doložte oprávnění k jejich zastupování (občanský průkaz, rodný list apod.).
3. **Plátce pojistného**
   - Označte křížkem oznamovanou kategorii plátce; v případě tzv. státem hrazené kategorie (viz níže) uveďte daný kód a doložte dokladem. Bez doloženého dokladu nebude možné Vám kategorii uznat.
     Pozn.: ***za osoby zaměstnané oznamuje vznik či zánik povinnosti státu hradit za pojištěnce pojistné zaměstnavatel****, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy.*
   - Pokud oznamujete pouze ukončení zařazení do dané kategorie, v rámci níž jste u ZP MV ČR doposud evidován, vyplňte jen pole „Do“.

• Státem hrazená kategorie (plátcem pojistného za pojištěnce je stát) - kódy kategorií:

(**B**) nezaopatřené dítě od 15–26 let – ***doložte potvrzením o studiu***

(**C**) poživatel důchodu z českého důchodového pojištění (starobní, invalidní, vdovský, sirotčí) – ***doložte potvrzením o přiznání/odejmutí důchodu***

(**D**) osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu v prezenční formě studia, pokud nejsou zaměstnanci nebo OSVČ – ***doložte potvrzením 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 – ***doložte potvrzením o pobírání této dávky***

(**G**) uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce – ***doložte potvrzením o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání***

(**H**) osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi; osoba s ní společně posuzovaná – ***doložte potvrzením***

(**I**) 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***

(**K**) osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoba ve výkonu trestu nebo ústavního ochranného léčení

(**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 – ***doložte rodnými listy dětí a vyplňte čestné prohlášení (k dispozici na každém pracovišti i na www.zpmvcr.cz)***

(**N**) osoba, která je invalidní ve třetím stupni nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, samostatné výdělečné činnosti a nepožívá důchod z ciziny překračující zákonem stanovenou výši – ***vyplňte čestné prohlášení (k dispozici na www.zpmvcr.cz) a doložte***

(**O**) 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***

(**T**) osoba vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu, pokud není dobrovolník plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a není za něj plátcem pojistného stát z jiného titulu – ***doložte smlouvu s vysílající organizací***

(**U**) osoba mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

(**V**) 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***

(**M**) příjemce penze po splnění podmínek stanovených v § 22 odst. 4 nebo § 23 odst. 6 z č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření – ***doložte dokladem o zahájení/ukončení výplaty penze***

(**W**) manželé nebo registrovaní partneři zaměstnanců organizačních složek státu, pokud je následují do místa výkonu práce v zahraničí a nemají příjem ze závislé činnosti nebo nejsou OSVČ – ***doložte souhlas vysílající organizační složky státu***

• Plátcem pojistného je pojištěnec – OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)
- V případě oznamování zahájení samostatné výdělečné činnosti vyplňte pole „Od“ a **vyplňte část 4** týkající se bankovního spojení; pokud oznamujete ukončení či přerušení samostatné výdělečné činnosti, vyplňte pole „Do“ .

• Plátcem pojistného je pojištěnec – OBZP (samoplátce, tzv. osoba bez zdanitelných příjmů)
- Osobou bez zdanitelných příjmů je pojištěnec, za něhož není plátcem pojistného stát, není ani zaměstnancem ani OSVČ a tato skutečnost trvá po celý kalendářní měsíc; OBZP vyplňuje i část 4 formuláře.

• Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL (odvádí část pojistného i za zaměstnance)
- ***Povinnost oznámit nástup pojištěnce do zaměstnání a ukončení zaměstnání je prvořadě na straně zaměstnavatele;*** pojištěnec oznamuje tuto skutečnost pouze tehdy, když zjistí, že zaměstnavatel svou zákonnou povinnost nesplnil – v takovém případě pojištěnec musí doložit, že skutečně u subjektu práci vykonává/vykonával (tj. zejména výplatní pásky či výstupní/zápočtový list a pracovní smlouvu).

5. **Návrat z pobytu v zahraničí**
   - V případě, že jste postupoval(a) dle **§ 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.**, tj. nehradil(a) jste pojistné v ČR z důvodu dlouhodobého pobytu v cizině, a to na základě prohlášení doručeného naší pojišťovně, předložte doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce; pokud takový doklad nepředložíte, jste povinen(a) pojistné zpětně doplatit.
   - Pokud jste **podléhal(a) systému zákonného pojištění ve státě EU/EHP či ve Švýcarsku** dle nařízení EU č. 883/2004 (např. z důvodu výdělečné činnosti v tomto státě), tuto skutečnost zdokladujte, vyplňte zkratku státu a uveďte kód pojišťovny EU, u níž jste byl(a) pojištěn(a).

Vaše dotazy Vám rádi zodpovíme na všech pracovištích 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 .