

Poučení k formuláři „Příhláška a evidenční list pojištěnce“

Formulář je určen pro přihlášení ke Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR ve smyslu § 11 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

- uveďte adresu místa pobytu zapsanou v evidenci obyvatel
- u novorozenců, jejichž narození ZP MV ČR oznamujete, uveďte rodné číslo (číslo pojištěnce) matky

3. Korespondenční adresa

- 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 zapsanou v základním registru obyvatel, bude tato námi převzata automaticky.

4. Kategorie pojištěnce

- vyznačte příslušnou kategorii plátce pojistného v části A);
- pokud je plátcem pojistného **STÁT**, vyznačte v části B) konkrétní kategorii a doložte tuto skutečnost dokladem. Pokud nemáte potřebný doklad k dispozici, doložte ho naší pojišťovně nejpozději do 8 dnů od zahájení pojistného vztahu. V případě, že jste zaškrtnla(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 (SVČ) – doložte vyplněné čestné prohlášení osoby pečující o děti
 - 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
 - osoba, která je invalidní ve třetím stupni nebo která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, ze SVČ a nepožívá žádný důchod z ciziny nebo tento důchod z ciziny nepřesahuje měsíčně částku minimální mzdy - doložte
 - osoba, která je příjemcem dávek nemocenského pojištění, není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu – doložte dokladem o výplatě této dávky
 - 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
 - osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoba ve výkonu trestu odnětí svobody
 - cizinec požívající dočasné ochrany; žadatel o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území; cizinec s vízem za účelem strpění pobytu a jeho dítě narozené na území ČR – doložte dokladem
 - manželé nebo registrovaní partneři zaměstnanců organizačních složek státu, pokud je následují do místa výkonu práce v zahraničí a nemají příjem ze závislé činnosti ani nejsou OSVČ - doložte souhlas vysílající organizační složky státu,
 - osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu, pokud nejsou zaměstnanci nebo OSVČ - doložte potvrzení o studiu
- **ZAMĚSTNAVATEL** - odvádí část pojistného i za zaměstnance; za zaměstnance se považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů; existenci pracovního vztahu musí nahlásit ZP MV ČR přímo zaměstnavatel (pojištěnec je povinen informovat svého zaměstnavatele o změně pojišťovny);
- **OSVČ** = osoba samostatně výdělečně činná dle § 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.; OSVČ je povinna nově zvolené pojišťovně předložit doklad o výši záloh na pojistné hrazených u dosavadní pojišťovny;
- **OBZP** = osoba bez zdanitelných příjmů (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

- uveďte stávající zdravotní pojišťovnu - zdravotní pojišťovnu lze měnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k **1. dni kalendářního pololetí – tj. k 1. 1. nebo 1. 7.** Příhlášku je nutné podat nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny.
- v případě přihlášení novorozence uveďte „NAROZENÍ“
- dosavadní číslo pojištěnce = u občanů ČR rodné číslo, v případě cizinců číslo přidělené dosavadní pojišťovnou

6. Datum vyplnění a podpisová doložka

- uveďte datum, od kterého se přehlašujete k ZP MV ČR; v případě registrace novorozence vzniká pojistný vztah u ZP MV ČR dnem narození. U osob mladších 18 let a osob s omezenou svéprávností musí přihlášku podepsat oprávněný /zákonný zástupce pojištěnce. Příhlášku opatřete svým podpisem.
- podáváte-li přihlášku jako oprávněný/zákonný zástupce pojištěnce, vyplňte své údaje a vztah k pojištěnci (matka/otec, opatrovník, poručník). ZP MV ČR si může vyžádat doložení Vašeho oprávnění jednat jménem pojištěnce.

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