

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

Státní kategorie:

- (A) - dítě do ukončení povinné školní docházky
- (B) - nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student, dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání)
- (C) - poživatel důchodu z českého důchodového pojištění
- (E) - žena na mateřské a osoba na rodičovské dovolené;
 - osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění;
 - příjemce rodičovského příspěvku
- (G) - uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce
- (H) - osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi;
 - osoba s ní společně posuzovaná
- (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
- (J) - osoba povoláná k vojenskému cvičení
- (K) - osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoba ve výkonu trestu odnětí svobody
- (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
- (N) - 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, samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu
- (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
- (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
- (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
- (M) - příjemce penze z doplňkového penzijního spoření

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 osmi dnů**.

• Plátce pojistného je pojištěnec – OBZP

Oznámit skutečnost, že se stal osobou bez zdanitelných příjmů, je pojištěnec **povinen do osmi 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.

Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny.

Změna pojišťovny/údajů platná OD:

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