



Příhláška pojištěnce

Datum převzetí, razítko VZP ČR

1. Osobní údaje

Příjmení	Jméno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pohlaví	Státní příslušnost	Trvalý pobyt v ČR
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Adresa trvalého pobytu: Ulice		Číslo popisné/orientační
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PSČ	Obec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Příjmení	Jméno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození	U novorozence RČ matky/otce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny, datum změny

Kód	Název dosavadní zdravotní pojišťovny
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosavadní číslo pojištěnce	Změna zdravotní pojišťovny od
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Souhlas se zpracováním údajů

Souhlasím s tím, aby osobní a kontaktní údaje uvedené v tomto formuláři zpracovávala VZP ČR v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovávány pouze v nezbytném rozsahu pro účely předávání informací týkajících se marketingových aktivit VZP ČR a dále pak informací týkajících se činnosti a klientských služeb provozovaných VZP ČR. Souhlasím se zasláním zpráv na podporu a propagaci služeb a image VZP ČR a obdobných sdělení na mou uvedenou e-mailovou či korespondenční adresu. Souhlas uděluji dobrovolně s tím, že ho mohu kdykoliv bezplatně odvolat na adrese VZP ČR. Tento souhlas se vztahuje i na všechny další zpracovatele uvedených dat, resp. osoby, které jsou oprávněny poskytovat služby spojené s výhodami a benefity pojištěncům VZP ČR.

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a 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 VZP*/Svým podpisem stvrzuji svoji vůli, aby se osoba, jejímž jsem zákonným zástupcem, opatrovníkem nebo poručníkem stala pojištěncem VZP*
Vyplněno dne

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP / RP / Pasu *

č.:

Jméno, příjmení a podpis pracovníka VZP, který ověření totožnosti provedl

Podpis pojištěnce (zák. zástupce, opatrovníka, poručníka)

* Nehodící se škrtněte

Poučení k formuláři Příhláška pojištěnce

Formulář je určen pro změnu zdravotní pojišťovny a pro přihlášení novorozence. Podle ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění lze změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí. Příhlášku opatřenou podpisem je pojištěnec, jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně v průběhu kalendářního pololetí bezprostředně předcházejícího tomu, ve kterém má ke změně zdravotní pojišťovny dojít, nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny. Příhlášku lze tedy podat pouze v období od 1. ledna do 31. března při změně pojišťovny k 1. červenci kalendářního roku a od 1. července do 30. září při změně pojišťovny k 1. lednu následujícího roku.

Příhlášku ke změně zdravotní pojišťovny lze podat v kalendářním roce pouze jednu, k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

Osobní údaje

Číslo pojištěnce - u občanů ČR rodné číslo. Cizinci, kteří mění zdravotní pojišťovnu, uvedou číslo pojištěnce, pod kterým byli evidováni u dosavadní zdravotní pojišťovny. Cizinec, který dosud nebyl v ČR přihlášen u žádné zdravotní pojišťovny, uvede datum narození ve formátu DD.MM.RRRR a zdravotní pojišťovna mu číslo pojištěnce přidělí.

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník zastupuje osobu s omezenou svéprávností.

Přihlášení novorozence

Při přihlášení novorozence se uvede rodné číslo matky – dítě se stává dnem narození pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Není-li matka narozeného dítěte účastna veřejného zdravotního pojištění, stává se dítě dnem narození pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je v den jeho narození pojištěn otec dítěte. V takovém případě se uvede rodné číslo otce.

Případné dotazy zodpoví pracoviště VZP nebo klientské centrum VZP, Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00, v době od 8 do 18 hodin na telefonním čísle: 952 222 222; v době od 18 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace jsou k dispozici na internetové adrese: www.vzp.cz.