

Poučení k formuláři „Příhláška a evidenční list pojištěnce“

Formulář je určen pro přihlášení ke Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“) ve smyslu § 11a 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/místa pobytu v ČR a další identifikační a kontaktní údaje

- uveďte adresu trvalého pobytu (místa pobytu) v ČR zapsanou v evidenci obyvatel/evidenci cizinců; pro urychlení a zjednodušení komunikace vyplňte telefonní číslo a email
- u novorozenců, jejichž narození ZP MV ČR oznamujete, uveďte rodné číslo (číslo pojištěnce) matky

3. Korespondenční adresa

- korespondenční (doručovací) adresu vyplňte v případě, že se nezdržujete na adrese trvalého pobytu (místa pobytu) v ČR uvedené v oddílu 2. Pokud máte zřízenou datovou schránku pro fyzické osoby, zasíláme korespondenci do této datové schránky.

4. Kategorie pojištěnce

- vyznačte příslušnou kategorii plátce pojistného;
- **pokud je plátcem pojistného STÁT**, doložte nejpozději do 8 dnů od zahájení pojistného vztahu rozhodné skutečnosti povinnosti státu za vás hradit pojistné. ZP MV ČR v rámci legislativních možností využívá informace dostupné z agend jiných orgánů veřejné moci, přesto Vás žádáme, abyste ZP MV ČR doložil(a) příslušné doklady např. potvrzení o studiu, rozhodnutí/potvrzení o požívání dávek/důchodů, potvrzení o vedení v příslušné evidenci atd.

Základní výčet kategorií hrazených státem (detailní přehled viz § 7 zák.č.48/1997 Sb.):

- **nezaopatřené dítě** – u dětí od 15 do 26 let doložte potvrzení o studiu,
- osoba **starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu** uskutečňovaném vysokou školou v ČR ve standardní době v prezenční formě studia, pokud nejsou zaměstnanci nebo OSVČ – doložte tuto formu studia,
- **poživatel důchodu** – doložte pobírání starobního, invalidního (všech stupňů), vdovského či sirotčího důchodu;
- **osoba invalidní ve třetím stupni, které nebyl invalidní důchod přiznán** – doložte posouzení invalidity,
- osoba, která dosáhla **věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky** pro jeho přiznání a není zaměstnancem nebo OSVČ a nepožívá důchod z ciziny nad stanovenou výši – doložte vyplněné „Čestné prohlášení osoby bez nároku na starobní důchod“,
- **osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství, příjemce rodičovského příspěvku** – doložte pobírání této dávky (čerpání mateřské či rodičovské dovolené dle zákoníku práce oznamuje ZP zaměstnavatel),
- **uchazeče o zaměstnání** – doložte potvrzení o vedení v evidenci úřadu práce,
- osoba pobírající **dávku státní sociální pomoci**, jejíž součástí je složka na živobytí, a člen domácnosti podle zákona o dávce státní sociální pomoci – doložte pobírání této dávky,
- 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, která osobně a řádně **pečuje alespoň o jedno dítě do 7 let věku** – doložte vyplněné „Čestné prohlášení osoby pečující o dítě“ (úhradu pojistného státem za tuto kategorii lze uznat nejdříve od následujícího dne, kdy bylo toto prohlášení/oznámení doručeno ZP MV ČR),
- 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,
- **příjemce dávek nemocenského pojištění**, který není zaměstnancem, OSVČ a ani za něj nehradí pojistné stát z jiných důvodů – doložte pobírání dávky,
- cizinec s oprávněním k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany; žadatel o udělení mezinárodní ochrany/cizinec s vízem k pobytu za účelem strpění pobytu, a jejich děti narozené na území ČR – doložte dokladem,
- manželé/partneři státního zaměstnance nebo zaměstnance v organizačních složkách státu, pokud ho následují do místa vyslání a nemají příjem ze závislé činnosti ani nejsou OSVČ – doložte souhlas vysílající státní organizace
- osoba poskytující dítěti nezprostředkovanou pěstounskou péči dle zákonem definovaných podmínek – doložte potvrzením.
- **ZAMĚSTNAVATEL** – odvádí část pojistného i za zaměstnance; pojištěnec je povinen informovat svého zaměstnavatele o změně zdravotní pojišťovny;
- **OSVČ** = osoba samostatně výdělečně činná dle § 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.;
- **OBZP** = osoba bez zdanitelných příjmů (pojištěnec, který má v 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 a číslo pojištěnce, pod kterým jste u ní veden/vedena (rodné číslo nebo jiné)
- v případě přihlášení novorozence uveďte „NAROZENÍ“

6. Datum vyplnění a podpisová doložka

- uveďte datum, od kterého se přehlašujete k ZP MV ČR (zdravotní pojišťovnu lze měnit **jednou za 12 měsíců**, a to vždy **jen k 1. dni kalendářního pololetí – tj. k 1. 1. nebo 1. 7.** Příhláška se podává nejpozději 3 měsíce před dnem změny); v případě registrace novorozence vzniká pojistný vztah dnem narození. U osob mladších 18 let a osob s omezenou svéprávností musí přihlášku podepsat oprávněný/zákonný zástupce pojištěnce a vyplnit své údaje a vztah k pojištěnci (matka/otec, opatrovník, poručník).

Vaše dotazy Vám rádi zodpovíme na všech pobočkách ZP MV ČR, popřípadě lze využít služby Infolinky na tel. č. 224 211 211. Bližší informace o našich produktech a službách rovněž naleznete na www.zpmvcr.cz