

# Příhláška /oznámení změn/ pojištění



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

platnou variantu označte v rámečku X

PŘIHLÁŠENÍ K OZP

OZNÁMENÍ ZMĚN KE DNI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

kód pojišťovny

207

OSOBNÍ ÚDAJE	Rodné číslo		Příjmení		Jméno	
	Datum narození		Pohlaví		Státní příslušnost +	
	Titul (před/za jménem)		Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>		- -	
	Pobyt		Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný <input type="checkbox"/>			
I. Adresa trvalého bydliště + Cizí státní příslušníci musí předložit kopii povolení k trvalému pobytu v ČR						
PSC		Místo		Ulice č.p.		
TELEFON - ZAMĚŠTNÁNÍ:			TELEFON - BYDLIŠTĚ:			

## VYPLŇTE POUZE PŘI PŘIHLÁŠENÍ K OZP

Pojištěn dosud u pojišťovny - kód:		od:	
------------------------------------	--	-----	--

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti. Beru na vědomí svá práva a povinnosti, vyplývající z obecně závazných předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a pojistné na toto pojištění, zejména včasné oznámení veškerých změn, které nastaly od doby vyplnění přihlášky.

Prohlašuji, že jsem si vědom /a, že tato přihláška je závazná.

Potvrzení OZP - NEVYPLŇUJTE		Dne: .....	
Razítko OZP - podpis		Dne: .....	
Pojištění od: .....		Podpis pojištěnce (nebo zákonného zástupce)	

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNCE (u dětí do 18 let a osob nezpůsobilých k právním úkonům)			
	Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul (před/za jménem)
	ADRESA ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE (liší-li se od adresy pojištěnce)			
	PSC	Místo	Ulice č.p.	
TELEFON (včetně předvolby) DO ZAMĚŠTNÁNÍ:		DO BYTU:		

BANK. SPOJENÍ	II. BANKOVNÍ SPOJENÍ (pro platby pojistného nebo úhrady ze strany OZP) Upozornění: Na Vámi uvedený účet bude OZP poukazovat případné úhrady - proto ve vlastním zájmu změny účtu včas oznamte OZP, v opačném případě nenese OZP odpovědnost za možné nesrovnalosti v úhradách			
	Směrový kód banky	Název banky - pobočky	Číslo účtu	Specifický symbol - (Č.sporozírového účtu)

KATEGORIE POJIŠTĚNCE	III. KATEGORIE POJIŠTĚNCE (kategorii označte X vlevo u příslušného textu a to pro všechny důvody platby)	
	Plátcem pojistného je stát	
	<input type="checkbox"/> A	Nezaopatřené dítě do ukončení povinné školní docházky
	<input type="checkbox"/> B	Nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student)
	<input type="checkbox"/> C	Důchodce - poživatel starobního důchodu (z českého důchodového pojištění)
	<input type="checkbox"/> C	Důchodce - invalidní důchod (i částečný)
	<input type="checkbox"/> C	Ostatní poživatelé důchodů (vdovský důchod, důchod za výsluhu let)
	<input type="checkbox"/> E	MD a příjemce rodičovského příspěvku (do 4 let věku dítěte)
	<input type="checkbox"/> G	Uchazeč o zaměstnání (v evidenciúřadu práce)
	<input type="checkbox"/> H	Osoba pobírající sociální dávky z důvodu sociální potřeby
	<input type="checkbox"/> I	Příjemce podpory - osoba bezmocná nebo osoba pečující o bezmocnou osobu nebo zdrav. postižené dítě
	<input type="checkbox"/> J	Osoba konající civilní vojenskou službu a osoba povolána k vojenskému cvičení
	<input type="checkbox"/> K	Osoba ve vazbě nebo výkonu trestu
	<input type="checkbox"/> L	Osoby celodenně pečující o dítě do 7 let (o 2 děti do 15 let) bez příjmů z výdělečné činnosti
	<input type="checkbox"/> N	Osoby důchodového věku
<input type="checkbox"/> O	Příjemce dávek nemocenského pojištění po skončení pracovního poměru	
<input type="checkbox"/> U	Mladiství v ústavní a ochranné výchově	
Plátcem pojistného je pojištěnec		
<input type="checkbox"/> 300	Osoba samostatně výdělečně činná - OSVČ (podrobnosti uveďte v části IV. formuláře)	
<input type="checkbox"/> 400	Osoba bez zdanitelných příjmů - OBZP	
Plátcem pojistného je zaměstnavatel (podrobnosti uveďte v části IV. formuláře)		
<input type="checkbox"/> 500	Zaměstnanec, pokud je účasten nemocenského pojištění	
<input type="checkbox"/> 510	Zaměstnanec - dohoda o činnosti	

ZAMĚSTNAVATEL	<b>IV. ZAMĚSTNAVATEL</b> při oznámení změny zaměstnavatele uveďte den nástupu ...		... a den ukončení u předchozího zaměstnavatele *		
	Hlavní pracovní poměr - název firmy, adresa				
	IČO	Specifikace **			Počet listů příloh:
	<b>Údaje o dalších pracovních poměrech uveďte laskavě ve stejné formě v příloze na volném listu</b>				

OSVČ	<b>V. POJIŠTĚNĚC - PLÁTCE POJISTNÉHO - kategorie OSVČ</b> (doložte kopii Živnostenského listu + potvrzením dosavadní zdravotní pojišťovny o výši měsíčních záloh)				
	Název (firmy, živnosti)	IČO			
	Adresa				
	Způsob platby pojistného:		Poštovní poukázkou	Bankovním převodem	
	Číslo účtu	Specifický symbol	Směrový kód banky	- - - -	
	Název banky - pobočka				
	Dosavadní výše měsíční zálohy	Datum začátku samostatně výdělečné činnosti			
	Případné doplňující informace uveďte v příloze	Počet měsíců v roce přestupu k OZP, po které byla samostatná výdělečná činnost hlavním zdrojem Vašich příjmů			

**Vysvětlivky:**

- OSVČ Osoba s příjmy z podnikání a jíe samostatně výdělečné činnosti podle §5 b) zák.č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- OBZP Osoba bez zdanitelných příjmů. (Do této kategorie patří např.. žena v domácnosti, zaměstnanec - pracující pouze na dohody o provedení práce , zaměstnanec s pouze takovými pracovními úvazky, které nezakládají účast na nemocenském pojištění, osoba - která pracuje v cizině pro cizího zaměstnavatele, nezaměstnaný - který není v evidenci úřadu práce ...)
- \* pokud pracovní poměr nepokračuje bez přerušení, vzniká povinnost úhrady pojistného za dny bez pracovnípoměru v kategorii OBZP
- \*\* specifikace vnitřní organizační jednotky - samostatného plátce pojistného (dle údaje mzdové účtárny zaměstnavatele)  
specifikace vnitřní organizační jednotky - samostatného plátce pojistného (dle údaje mzdové účtárny zaměstnavatele)

ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ	<b>VI. ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Při přihlášení do OZP vyplňte laskavě všechny údaje na přihlášce, které se Vás týkají.</li> <li>Při jakékoli změně (příjmení, adresa, bankovní spojení, kategorie plátce apod.) je Vaší povinností oznámiti neprodleně OZP</li> <li>Přihlášku i oznámení změn máte možnost zaslat poštou nebo doručit osobně na adresu:</li> </ol>	
	Kód pobočky	<b>OZP - oddělení registru</b> <b>Tusarova 36</b> <b>170 61 Praha 7</b>
	<input type="checkbox"/> jinak	

VYPLNĚNÍ OZP	<b>VII. VYPLNĚNÍ OZP</b>	Převzala OZP	Vráceno zpět	Převzala OZP	Způsob převzetí		
	Označení referenta				<input type="checkbox"/> osobně		
	Datum				<input type="checkbox"/> zaměstnavatel		
	Poznámka				<input type="checkbox"/> poštou		
						<input type="checkbox"/> jinak	razítko podatelny
	Soupis příloh						
	<b>Ověření údajů kategorií OSVČ- údaje byly ověřeny ny základě příslušných kopií dokladů</b>						
		živnostenský list		doklad o výši zálohy		jiné osvědčení .....	
Ověřil dne .....				Podpis referenta /osobní číslo .....			