



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

# Příhláška / oznámení změn / pojištění

platnou variantu označte v rámečku X

PŘIHLÁŠENÍ K OZP

OZNÁMENÍ ZMĚN KE DNI

Kód pojišťovny

207

OSOBNÍ ÚDAJE	Rodné číslo		Příjmení		Jméno			
	Datum narození	Titul (před/za jménem)	Pohlaví	Státní příslušnost +		Pobyt		
			muž <input type="checkbox"/>	žena <input type="checkbox"/>			trvalý <input type="checkbox"/>	jiný <input type="checkbox"/>
	I. Adresa trvalého bydliště						+ Cizí státní příslušníci předloží kopii povolení k trvalému pobytu v ČR.	
	PSC		Místo	Ulice č.p.				
	TEL. - ZAM.:		TEL. - BYDL.:	E-MAIL:				
II. Kontaktní adresa (pro zaslání průkazu)								
PSC		Místo	Ulice č.p.					

## VYPLŇTE POUZE PŘI PŘIHLÁŠENÍ K OZP

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.

Pojištěn dosud  
u pojišťovny - kód

od:

### Potvrzení OZP - NEVYPLŇUJTE

Dne:

Dne:

Razítko OZP - podpis

Pojištění od:

Podpis pojištěnce  
(nebo zákonného zástupce)

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	I. 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 zaměstnání:				do bytu:

BANK. SPOJENÍ	II. BANKOVNÍ SPOJENÍ (pro platby pojistného nebo úhrady ze strany OZP)			
	<i>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</i>			
Směrový kód banky	Název banky - pobočky	Číslo účtu	Specifický symbol - (č. spořicího účtu)	

KATEGORIE POJIŠTĚNCE	III. KATEGORIE POJIŠTĚNCE (kategorii označte X vlevo u příslušného textu a 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 evidenci úřadu práce
	<input type="checkbox"/>	H Osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s ní společně posuzované
	<input type="checkbox"/>	I Příjemce podpory - osoba závislá na péči jiné osoby ve st.II-IV, osoba pečující o tyto osoby a o osoby mladší 10 let v I.st.
	<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 odnětí svobody
	<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 nebo osoba plně invalidní bez nároku na důchod
	<input type="checkbox"/>	O Příjemce dávek nemocenského pojištění po skončení pracovního poměru
	<input type="checkbox"/>	T Osoba vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu
<input type="checkbox"/>	U Osoba mladistvá, umístěná ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy	
Plátcem pojistného je pojištěnec		
<input type="checkbox"/>	300 Osoba samostatně výdělečně činná - OSVČ (podrobnosti uveďte v části V. 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	

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

<b>OSVČ</b>	<b>V. POJIŠTĚNÍ - PLÁTCE POJISTNÉHO - kategorie OSVČ</b> (doložte kopii Živnostenského listu + potvrzením dosavadní zdravotní pojišťovny o výši měsíčních záloh)			
	Název (firmy, živnosti)		IČ	
	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 jiné 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 ...)
- \*\* Specifikace vnitřní organizační jednotky - samostatného plátce pojistného (dle údaje mzdové účtárny zaměstnavatele)

<b>ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ</b>	<b>VI. ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Při přihlášení do OZP vyplňte laskavě <u>všechny</u> údaje na přihlášce, které se Vás týkají.</li> <li>Při jakékoli změně (příjmení, adresa, bankovní spojení, kategorie plátce apod.) je Vaší povinností oznámit ji <u>neprodleně</u> OZP.</li> <li>Příhlášku i oznámení změn máte možnost zaslat poštou nebo doručit osobně na adresu:</li> </ol>	
	Kód pobočky	<p><b>OZP - oddělení registru</b></p> <p><b>Roškotova 1225/1</b></p> <p><b>140 21 Praha 4</b></p>

<b>VYPLNÍ OZP</b>	<b>VII. VYPLNÍ 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 na základě příslušných kopií dokladů</b>						
	živnostenský list	doklad o výši zálohy	jiné osvědčení			
Ověřil dne	Podpis referenta / osobní číslo					



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

Kód pojišťovny  
**207**

Číslo pojištěnce (rodné číslo)

--

## EVIDENČNÍ LIST ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Název zaměstnavatele (plátce pojistného)			
IČ		specifikace	
Adresa zaměstnavatele			
Pojištěn dosud u pojišťovny - kód		od:	

Příjmení, jméno, titul	
Ulice	
	PSČ, Město

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