**Oznámení pojištěnce**

osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku (dle § 7 odst. 1 písm. k zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

**Nutno předložit:** *rodný list nebo jiný doklad prokazující, že se jedná o osobu, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů (soudní rozhodnutí).*

**Příjmení a jméno** …………………………………………………………………………………………………………………

**Číslo pojištěnce** ………………………………………………………………………………………………………………..

**Adresa** ………………………………………………………………………………………………………………..

**Telefon, e-mail:** …..……………………………………………………………………………………………………………

Prohlašuji tímto, že jsem osobou, která celodenně osobně a řádně pečuje o tyto děti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno dítěte** | **Číslo pojištěnce** | **Datum narození** | **Adresa MŠ/ZŠ** |
|   |   |   |  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**Tyto skutečnosti jsou platné od …………………………………. do\* ………………………….**

Čestně prohlašuji, že celodenně osobně a řádně pečuji o jedno dítě do 7 let nebo dvě děti do 15 let věku, dále prohlašuji, že dítě není umístěno v jeslích, není umístěno v mateřské škole nebo v obdobném zařízení na dobu přesahující čtyři hodiny denně, dítě školou povinné není ve školním zařízení na dobu delší než odpovídá vyučovací době, dítě není umístěno v zařízení s týdenním či celoročním provozem.

V případě jakékoliv změny plátce pojistného nahlásím, dle oznamovací povinnosti, tuto skutečnost zdravotní pojišťovně nejpozději do 8 dnů.

\* maximálně do dovršení 7 let věku u jednoho dítěte, nebo do dovršení 15 let u nejstaršího ze dvou dětí

