

Plná moc k podání přihlášky pojištěnce k ČPZP

Tento formulář slouží pro změnu zdravotní pojišťovny. Dle ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má pojištěnec právo změnit zdravotní pojišťovnu **jednou za 12 měsíců**, a to **vždy pouze k 1. dni kalendářního pololetí**.

Kdy je možné formulář podat:

Formulář *Plná moc k podání přihlášky pojištěnce ČPZP* je možné podepsat a doručit pouze v níže uvedených obdobích:

1. **Od 1. října do 31. prosince**
→ změna pojišťovny bude platná od **1. července následujícího roku**
2. **Od 1. dubna do 30. června**
→ změna pojišťovny bude platná od **1. ledna následujícího roku**

! Formuláře Plná moc k podání přihlášky pojištěnce k ČPZP doručené mimo výše uvedené období nemohou být akceptovány.

Způsob doručení:

Formulář musí být opatřen vlastnoručním podpisem pojištěnce, zákonného zástupce, opatrovníka nebo poručníka + datem podpisu v části F. „**POTVRZENÍ PŘIHLÁŠKY**“ a zaslán na adresu **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**, Jeremenkova 161/11, 703 00 Ostrava.

! Odeslání e-mailem není možné.

Zpracování přihlášky

Po doručení bude řádně vyplněný a podepsaný formulář zkontrolován. Pokud bude potřeba něco doplnit nebo opravit, budeme Vás kontaktovat. Doporučujeme proto uvést na formulář **telefonní číslo nebo e-mailový kontakt**. Po zaevidování údajů do systému ČPZP Vám bude formulář s razítkem a podpisem pojišťovny zaslán zpět poštou.

Nezapomeňte o změně zdravotní pojišťovny informovat:

- svého praktického lékaře,
- zaměstnavatele (pokud jste zaměstnání).

Odhlášení od původní pojišťovny zajistíme za Vás.

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Pokud je pojištěnec osobou s omezenou svéprávností, může za něj jednat zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník. V takovém případě je nutné k formuláři přiložit kopii jednoho z následujících dokumentů:

- rodného listu,
- rozhodnutí soudu o svěření dítěte do péče,
- rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka (v případě nesvéprávnosti).