Formulář PŘIHLÁŠKA A EVIDENČNÍ LIST POJIŠTĚNCE

Formulář je určen pro změnu zdravotní pojišťovny a pro přihlášení novorozence. **Pojištěnec má právo** dle ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.

Přihlášku je možno **podepsat a doručit**:

1. V období od **1. ledna** do **31. března** (změna pojištění k datu 1.7.)
2. V období od **1. července** do **30. září** (změna pojištění k datu 1.1.)

*V případě, nesplnění lhůty, stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny, tzn. data na přihlášce (v odstavci E. Potvrzení přihlášky - **Pojištěn/a od, Dne**) nebudou v souladu s registračními termíny, nebude možné přihlášku akceptovat.*

Přihlášku opatřenou **vlastnoručním podpisem** pojištěnce, jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo poručníka **je nutné doručit** poštou na adresu **Jeremenkova 161/11, 703 00 Ostrava** *(přihlášku není možné zaslat prostřednictvím e-mailu).*

Přihláška přijetí

Řádně vyplněná a podepsaná přihláška bude po doručení zkontrolována. V případě nesrovnalostí Vás budeme kontaktovat, proto doporučujeme uvést na přihlášku telefonický nebo emailový kontakt Přihláška, která bude zavedena do evidence České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP), bude opatřena razítkem a podpisem ze strany ČPZP. Takto odsouhlasený a potvrzený formulář Vám zašleme poštou zpět. Změnu zdravotní pojišťovny nahlaste:

- svému praktickému lékaři,
- zaměstnavateli (pokud jste zaměstnancem)

Odhlášení od původní zdravotní pojišťovny zajistíme za Vás.

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník zastupuje osobu s omezenou svéprávností. V takovém případě spolu s přihláškou doložte kopii:

- Rodného listu
- Rozhodnutí soudu o svěření dítěte do péče
- Rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka (nesvéprávná osoba)