

Tento formulář bude zpracován elektronicky a není optimalizován pro rozpoznávání ručně psaného písma. Vyplňujte jej, prosím, pouze na psacím stroji nebo elektronicky na PC.

**1. Základní identifikace pojištěnce**

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo bez lomítka)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje**

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ: Ulice		Číslo popisné	Číslo orientační	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	U novorozenců uvést RČ matky
PSČ	Obec	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Stát	Státní příslušnost			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**3. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje**

KORESPONDENČNÍ ADRESA: Ulice		Číslo popisné	Číslo orientační	Telefon 1
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Telefon 2		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Stát	Fax			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>			

**4. Kategorie pojištěnce**

Kategorie pojištěnce

Plátcem pojistného je STÁT

Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL

Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ

Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

**5. Bankovní spojení pojištěnce (vyplní pouze kategorie OSVČ nebo OBZP)**

Pojistné (zálohy na pojistné) platím  poštovní poukázkou  převodem z účtu

Bankovní spojení: (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)

Bankovní spojení: (IBAN)

**6. Identifikace zaměstnavatele nebo OSVČ (vyplní pouze zaměstnanci nebo OSVČ)**

Název zaměstnavatele nebo obchodní jméno OSVČ

Adresa zaměstnavatele nebo místo podnikání: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Identifikační číslo (IČ)

PSČ

Obec

Telefon

E-mail

**7. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny**

Kód

Název zdravotní pojišťovny

**8. Kód a název nové zdravotní pojišťovny**

Kód

Název zdravotní pojišťovny

**9. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce**

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné.

Změna pojišťovny platná OD

Vyplněno dne

Počet listů příloh

4463369162

ZP MV ČR kód 211

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Datum podání, razítka ZP MV ČR a podpis