



Zdravotní pojištění

Školitel: Eva Sodomková

Datum: září 2019

Základní legislativa

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
 - Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
 - Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
 - Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách
-

Rozsah zdravotního pojištění - § 2 zákona č. 48/1997 Sb.

- Osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR
 - Osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, pokud jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR
 - Zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Sídlem zaměstnavatele se rozumí u právnické osoby její sídlo zapsané v obchodním rejstříku a u fyzické osoby místo jejího trvalého pobytu, u zahraniční fyzické osoby – místo podnikání
-

Kategorie pojištěnců - § 5 zákona č. 48/1997 Sb.

- Zaměstnanec
 - Osoba s trvalým pobytem v ČR, avšak není zaměstnanec nebo OSVČ – osoba bez zdanitelných příjmů
 - Státní pojištěnci (§ 7 zákona č. 48/1997 Sb.)
-

Kategorie pojištěnců - § 5 zákona č. 48/1997 Sb.

- Osoba samostatně výdělečně činná
 - osoba podnikající v zemědělství
 - osoba provozující živnost
 - osoba provozující podnikání podle zvláštních předpisů
 - osoba vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů
 - společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností
 - osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním (§ 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)
 - osoba vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené dle obchodního zákoníku
 - spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných
-

Povinnost platit pojistné - § 8 zákona č. 48/1997 Sb.

- Zaměstnanec – nástup do zaměstnání
 - OSVČ – zahájení samostatné výdělečné činnosti
-

Oznamovací povinnost - § 10 zákona č. 48/1997 Sb.

- 8 denní lhůta od vzniku skutečností
 - nástup a ukončení zaměstnání
 - změna zdravotní pojišťovny
 - skutečnosti rozhodné pro povinnost státu platit pojistné
 - zahájení nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti
-

Tiskopis – Evidenční list pojištěnce



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY
VZP - kód 111

**Příhláška a
evidenční list
pojištěnce**

příhláška změna

Datum převodu, razítko a podpis pracovníka VZP

Formulář bude zpracován elektronicky. Vypíšte jej, prosím, předepsaným typem písma Courier New Bold 11. Zaškrtněte pole označe M3kam

1. Základní identifikace pojištěnce		
Jméno	Jméno	Tiž
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)
2. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje		
ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Pohlaví muž <input checked="" type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
PSČ	Obec	U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (PČ)
SM		Státní příslušnost
3. Korespondenční adresa a ostatní kontaktní údaje		
ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Telefon
PSČ	Obec	Stát
E-mail		
4. Kategorie pojištěnce		5. Bankovní spojení pojištěnce (vyplní pouze OSVČ nebo OBZP)
<input type="checkbox"/> Příjmem pojištěného je STAT	Státní kategorie	Pojistné (zálohy na pojistné) platím <input checked="" type="checkbox"/> poštovní poukážkou <input type="checkbox"/> převodem z účtu
<input type="checkbox"/> Příjmem pojištěného je ZAMĚSTNAVATEL		Bankovní spojení: (příložit účtu - číslo účtu / kód banky)
<input type="checkbox"/> Příjmem pojištěného je pojištěnec - OSVČ		Bankovní spojení: IBAN (XX39 9999 9999 9999 9999)
<input type="checkbox"/> Příjmem pojištěného je pojištěnec - OBZP		
6. Identifikace zaměstnavatele / školy (vyplní pouze zaměstnanci nebo studenti)		
Název zaměstnavatele / školy		
ADRESA ZAMĚSTNAVATELE / ŠKOLY: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
PSČ	Obec	Telefon
7. Identifikace OSVČ (vyplní pouze OSVČ)		
Obchodní jméno		
ADRESA MÍSTA POUKÁKÁNÍ: Ulice	Číslo popisné / číslo orientační	Identifikační číslo (IČ)
PSČ	Obec	Telefon
8. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny		
Kód	Název zdravotní pojišťovny	Dosavadní číslo pojištěnce
9. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce		
<small>Pro změnu zdravotní pojišťovny (nebo přihlášení) může vstoupit pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11 Zákona č. 461/2007 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Prohlásuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem akceptuji evropský systém sdílení se pojišťovnou VZP.</small>		
VZP 70.51/2010		Změna pojišťovny / údajů platná OD
	Počet listů příloh	Vyplněno dne (DD.MM.RRRR)
		23. 09. 2019
		Vytisknout
		Vymazat formulář
<small>Podpis pojištěnce (zálohového zálopců)</small>		

Tiskopis – Evidenční list zaměstnavatele



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VZP - kód 111

Plnění oznamovací povinnosti
zaměstnavatele - plátee pojistného

**Přihláška
a
evidenční list
zaměstnavatele**

přihlášení změna odhlášení

Datum převzetí, razítka a podpis pracovníka VZP

1a. Identifikace zaměstnavatele (právnícké osoby, organizační jednotky právnické osoby nebo fyzické osoby)

Obchodní název zaměstnavatele - plátee pojistného

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice Číslo popisné / číslo orientační Číslo plátee pojistného

PSČ Obec

Právní subjektivita ano ne

Právní forma plátee pojistného právnická osoba fyzická osoba

1b. Identifikace zaměstnavatele, již je plátee pojistného uvedený v oddíle 1a. součástí

Obchodní název zaměstnavatele, již je nižší organizační jednotka součástí

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice Číslo popisné / číslo orientační

PSČ Obec

1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)

Příjmení Jméno Titul

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice Číslo popisné / číslo orientační Číslo pojistného (rodné číslo)

PSČ Obec

2. Doručovací adresa

ADRESA SÍDLA: Ulice Číslo popisné / číslo orientační

PSČ Obec

3. Bankovní spojení zaměstnavatele

Bankovní spojení: předstírná účtu - číslo účtu / kód banky

Bankovní spojení: IBAN (XX99 9999 9999 9999 9999)

4. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka

Příjmení Jméno Titul

Postavení vzhledem k zaměstnavateli Telefon

E-mail

5. Datum platnosti údajů, datum vyplenění a podpis zaměstnavatele

Prohláším, že všechny údaje v této Přihlášce a evidenčním listě zaměstnavatele jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se označuje.

VZP 72.51/2010 Datum platnosti vyplněných údajů OD

Počet listů přiložených Vyplněno dne (DD.MM.BBBB)

23. 09. 2019

Razítka a podpis odpovědného pracovníka

Odvod pojistného za OSVČ - § 7 zákona č. 592/1992 Sb.

OSVČ platí pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného. Platí za celý kalendářní měsíc a záloha je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, za který platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Zálohy na pojistné se neplatí za kalendářní měsíce, v nichž byla OSVČ uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce.

Odvod pojistného za OSVČ - § 8 zákona č. 592/1992 Sb.

Osoba zahajující samostatnou výdělečnou činnost hradí v prvním roce této činnosti měsíční zálohy na pojistné vypočtené z minimálního vyměřovacího základu, pokud si nestanoví zálohu vyšší. Pokud za osobu zahajující samostatnou výdělečnou činnost je plátcem pojistného i stát, není tato osoba povinna v prvním kalendářním roce této činnosti platit zálohy na pojistné. Pojistné zaplatí formou doplatku.

Ve druhém roce a v následujících letech výkonu samostatné výdělečné činnosti se výše zálohy na pojistné stanoví procentní sazbou uvedenou v § 2 z měsíčního vyměřovacího základu. Měsíční vyměřovací základ činní průměr za předcházející kalendářní rok. Je-li vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, je OSVČ povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu.

Takto vypočtené zálohy se poprvé zaplatí za kalendářní měsíc, ve kterém byl nebo měl být podán přehled o příjmech a výdajích (§ 24 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb.).

Odvod pojistného za OSVČ - § 8 zákona č. 592/1992 Sb.

OSVČ, která je současně zaměstnancem a samostatně výdělečná činnost není jejím hlavním zdrojem příjmů, není povinna platit zálohy na pojistné. Pojistné zaplatí nejpozději do 8 dnů po dni, ve kterém byl nebo měl být podán přehled o příjmech a výdajích.

Na žádost OSVČ lze snížit výši zálohy na pojistné.

Doplatek rozdílu mezi zálohami a skutečnou výší pojistného je splatný do 8 dnů po dni, ve kterém byl nebo měl být podán přehled o příjmech a výdajích za kalendářní rok, za které se pojistné platí.

Povinnosti plátců pojistného - § 24 zákona č. 592/1992 Sb.

OSVČ je povinna nejpozději do jednoho měsíce ode dne, ve kterém měla podle zvláštního zákona podat daňové přiznání za tento kalendářní rok, předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna, přehled o příjmech a výdajích.

Pokud OSVČ zpracovává daňové přiznání daňový poradce, je povinna tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně doložit do 30. dubna kalendářního roku, ve kterém má povinnost podat daňové přiznání za předchozí rok.

OSVČ je povinna sdělit své jméno, příjmení, trvalý pobyt, rodné číslo, obchodní jméno, sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo (má-li přiděleno), číslo bankovního účtu. Tyto údaje je osoba povinna doložit.

Za splnění oznamovací povinnosti se považuje den předání příslušné zdravotní pojišťovně nebo podání poštovní zásilky obsahující oznámení.

Pravděpodobná výše pojistného - § 25a zákona č. 592/1992 Sb.

Nesplnění povinnosti podat přehled o příjmech a výdajích – stanovení
pravděpodobné výše pojistného

Možnost udělení pokuty

Komunikace s VZP

- Datová schránka - **i48ae3q**
 - Česká pošta
 - Osobní kontakt – Klientská pracoviště
 - VZP Point
 - Moje VZP
 - E-mail : info@vzp.cz
 - ePodatelna : podatelna@vzp.cz
 - Informační centrum: telefonní linka 952 222 222
-