

# Oznámení pojištěnce o změnách



## Osobní údaje pojištěnce:

příjmení: ..... jméno: .....

rodné číslo:  /

## Oznámení změny osobních údajů\*:

bankovní spojení:  /

adresa trvalého bydliště: .....  
..... PSČ

kontaktní adresa: .....  
..... PSČ

telefon / mobil / e-mail: .....

datová schránka: .....

## Čestné prohlášení o změně plátce pojistného\*:

ukončení pracovního poměru (pokud zaměstnavatel nevydal zaměstnanci doklad o ukončení pracovního poměru)  
dne: ..... název zaměstnavatele: .....

přihlášení pojištěnce po návratu z dlouhodobého pobytu v cizině (dle zákona č. 48/1997 Sb., § 8 odst. 4)  
od: .....

jsem osobou bez zdanitelných příjmů (OBZP), tzn. nemám příjmy ze zaměstnání, ani ze samostatné  
výdělečné činnosti a ani za mě není plátcem pojistného stát, a jsem si vědom(a) povinnosti hradit  
zdravotní pojištění: od .....

ostatní změny: .....  
.....

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

Tímto prohlášením na sebe přejímám následky nepravdivosti údajů, které jsem uvedl(a).

**Dne:** ..... **Podpis:** .....

\*  změnu označte dle vzoru