



Oznámení pojištěnce o změnách

Příjmení, jméno, titul: 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).

Datum: **Podpis:**

* změnu označte dle vzoru