



## Oznámení pojištěnce o změnách

Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo (číslo pojištěnce): 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### 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

