

MANUÁL ČPZP

Pro zabezpečení předání Evidenčních listů žadatelům o registraci k ČPZP v roce 2017



**Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna**

Všechny informace novým pojištěncům poskytne ČPZP na tel čísle:

Infocentrum: 810 800 000 nebo emailové adrese: posta@cpzp.cz

I. PŘEDMĚT DORUČENÍ (ZÁSILKA)

- Zásilkou je předáván klientovi (příjemci zásilky) Evidenční list k podpisu po ověření totožnosti klienta. Klient musí Evidenční list zkontrolovat, případně vyznačit změny. Správnost změn a podpis klienta kontroluje kurýr.

II. OPRAVY/ZMĚNY NA EVIDENČNÍCH LISTECH

A. ZÁSADY KONTROLY, PŘÍPADNĚ OPRAVY EVIDENČNÍ HOLISTU:

- ✓ ČITELNĚ!
- ✓ SPRÁVNĚ!
- ✓ ÚPLNĚ!

B. POSTUP ZMĚN / OPRAV NA EVIDENČNÍM LISTU

!!! Změny je možné provádět u **všech údajů**, ale s nutností **podpisu** klienta u každé provedené změny.

- Změny a opravy je nutné provádět následujícím způsobem a na všech EL:
 - Je nutné provést kontrolu evidenčního listu (dále jen EL) oproti příslušným dokladům: občanskému průkazu / pasu / rodnému listu (v případě nezletilých klientů) / povolení k trvalému pobytu (v případě cizinců) a striktně ji dodržovat zejména u položek:
 - jméno
 - příjmení
 - rodné číslo (č. pojištěnce)
 - Při ověření EL oproti příslušnému dokladu kurýr označí všechny položky, u kterých došlo k opravě/změně. V případě provedení změny musí být u změněné položky podpis klienta (obr. 1).

Logo Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

EVIDENČNÍ LIST
Přihlášení pojištěnce
Kód pojišťovny 205

pro pojištěnce


A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: ~~Eliska~~ ELIŠKA
Rodné příjmení: ~~nováková~~ NOVÁKOVÁ
Číslo pojištěnce: _____ Datum narození: _____ Pohlaví: _____
Státní příslušnost: _____ Stát pobytu: _____
Adresa trvalého bydliště, PSČ: _____
Kontaktní adresa, PSČ: _____

Obr. 1

C. POVINNOSTI KURÝRA PŘI DORUČOVÁNÍ / PŘEDÁNÍ EL KLIENTOVI

- Kurýr zajistí podpis klienta na EL + doplnění data, kdy EL klientovi předá = datum sjednání registrace (obr. 2).
- EL „pro pojištěnce“, event. „pro zaměstnavatele“ – přenechává klientovi
- EL „pro zdravotní pojišťovnu“ - doručí se zpět na ČPZP v odpovědní obálce přiložené k EL, a to vždy nejpozději do 7 dnů od data předání a podpisu EL klientovi

 Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

EVIDENČNÍ LIST
Přihlášení pojištěnce
Kód pojišťovny 205

pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: **JAN** Příjmení: **NOVÁK**

Rodné příjmení: _____ Titul: _____

Číslo pojištěnce: **850513/XXXX** Datum narození: **13. 5. 1985** Pohlaví: _____

Státní příslušnost: _____ Stát pobytu: _____

Adresa trvalého bydliště, PSČ: _____

Kontaktní adresa, PSČ: _____

Zákonný zástupce

Jméno: _____ Příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Titul: _____

Doklad totožnosti: _____ Telefon: _____

E-mail: _____

Plátcе pojistného na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplátce OSVČ státní A zaměstnavatel

B. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI

Název: _____ IČ + org. jednotka: _____

Adresa, PSČ: _____

Název: _____ IČ + org. jednotka: _____

Adresa, PSČ: _____

C. OBECNÉ ÚDAJE

Dosavadní zdrav. pojišťovna: _____

Registrační místo ČPZP: _____

Pro OSVČ - způsob platby: složenkou převodem z účtu č. _____


Pro OSVČ - výše zálohy: OK

PROHLÁŠENÍ

Podpisem tohoto evidenčního listu prohlašuji svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění v České průmyslové zdravotní pojišťovně (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 68/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám pojištěncem ČPZP a tímto souhlasím s uzavřením smlouvy zajišťující (pokud jsem zaměstnanec) a občanskoprávní práva. Prohlašuji, že výše uvedené údaje a data jsou pravdivé a odpovídají skutečnosti. Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Údaje i tento evidenční list ČPZP používám pouze pro zdravotní pojištění, a to na dobu své registrace u ČPZP a doby poskytování i poskytování vědeckých vzdělávacích pohlednic a zpravodí. ČPZP použije tyto osobní údaje v souladu s výše uvedeným zákonem. ČPZP je oprávněna zasílat mi informace o nových službách a produktích (obdobně sdělení) týkajících se činnosti ČPZP a činnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodného čísla smlouvy rozhodne pro placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění se zavazují tyto změny obhájit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojištěn(a) od: _____ Dne: **DATUM PŘEDÁNÍ EL KLIENTOVI**

Podpis zaměstnance pojišťovny a razítko: _____ Podpis pojištěnce (zák. zástupce): 

III. REGISTRAČNÍ TERMÍNY

A. OBECNÉ INFORMACE

- Evidenční listy jsou doručovány ke dvěma zákonným registračním termínům. Mimo tyto registrační termíny jsou v průběhu celého roku zabezpečovány registrace novorozenců, kdy se dítě stává pojištěncem ČPZP od data narození.
- Termíny, k nimž se registrace vážou, jsou vždy vyznačeny na EL v kolonce „Pojištěn(a) od:“ (obr. 2b).



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

EVIDENČNÍ LIST
Přihlášení pojištěnce
Kód pojišťovny 205

pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: Příjmení:
Rodné příjmení: Titul:
Číslo pojištěnce: Datum narození: Pohlaví:
Státní příslušnost: Stát pobytu:
Adresa trvalého bydliště, PSČ:
Kontaktní adresa, PSČ:
Zákonný zástupce
Jméno: Příjmení:
Rodné číslo: Titul:
Doklad totožnosti: Telefon:
E-mail:
Plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplátače OSVČ stát A zaměstnavatel

B. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI

Název: IČ + org. jednotka:
Adresa, PSČ:
Název: IČ + org. jednotka:
Adresa, PSČ:

C. OBECNÉ ÚDAJE

Dosavadní zdrav. pojišťovna:
Registrační místo ČPZP:
Pro OSVČ - způsob platby: složenka převodem z účtu č.:
Pro OSVČ - výše zálohy: Kč
PROHLÁŠENÍ
Podpisem tohoto evidenčního listu projevují svou vůli být registrováni(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění k České průmyslové zdravotní pojišťovně (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávají pojištěncem ČPZP a tuto skutečnost oznamují svému zaměstnavateli (pokud jím zaměstnanec) a odesílajícímu lékaři. Prohlásuji, že výše uvedené údaje a data jsou pravdivá a odpovídají skutečnosti. Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Údaje i tento souhlas poskytnu ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to na dobu mé registrace u ČPZP a dobu pojištění k vyřešení všech vzájemných pohledůvek a závazků. ČPZP použije tyto osobní údaje v souladu s výše uvedenými zákony. ČPZP je oprávněna zasílat mi informace o nových tiskárech a produkčních (obchodní sdělení) týkajících se činnosti ČPZP a činnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodného čísla svého stavu rozhodného pro placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění se zavazují tyto změny ohlásit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k takovému změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojištěn(a) od: Dne:

Podpis zástupce pojišťovny a rozdílu Podpis pojištěnce (jak zástupce)

www.cpzp.cz

B. PŘEREGISTRAČNÍ TERMÍNY

- a. **k 1. 7. 2017** (na EL nesmí figurovat datum sjednání registrace pozdější než 31. 3. 2017)
- zásilky jsou předávány k doručení v období 12. 1. 2017 – 31. 3. 2017 (poslední dávka pro toto období určená k doručení klientům bude předána 3. 4. 2017)
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP nejpozději do 6. 4. 2017 do 10:00 hod
- b. **k 1. 1. 2018** (na EL nesmí figurovat datum sjednání registrace pozdější než 30. 9. 2017).
- zásilky jsou předávány k doručení v období 1. 7. 2017 – 30. 9. 2017 (poslední dávka pro toto období určená k doručení klientům bude předána 2. 10. 2017)
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP nejpozději do 5. 10. 2017 do 10:00 hod
- c. **k datu narození dítěte** (v případě novorozenců, kdy na EL bude figurovat datum narození dítěte)
- zásilky jsou předávány k doručení v průběhu celého roku, tj. 12. 1. 2017 – 1. 1. 2018
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP nejpozději 5. 1. 2018

IV. PŘEDÁNÍ EVIDENČNÍCH LISTŮ KLIENTŮM

1. Klienti způsobilí k podpisu evidenčních listů

- Osoby, kterých se registrace přímo týká a nemají žádné zákonné/právní omezení.

2. Klienti nezpůsobilí k podpisu evidenčních listů (děti, nesvéprávné osoby apod.)

A. OBECNÉ INFORMACE

- V některých případech může EL podepsat jiná osoba, než osoba, které se registrace týká (pojištěnec). Tato osoba vystupuje k pojištění ve vztahu jako zákonný zástupce / opatrovník / **poručník**.
- V případě, že se neshoduje zákonný zástupce / opatrovník / **poručník** s vyplněnými údaji v kolonkách Zákonný zástupce na Evidenčním listu, je nutno danou osobu (zákonného zástupce / opatrovníka / **poručníka**) a její iniciály (jméno, příjmení, RČ) čitelně doplnit ve spodním okraji EL a zajistit podpis této osoby (obr. 4).

B. OSOBY, JEŽ MOHOU PODEPSAT EL

- **Zákonný zástupce** – předloží svůj OP a rodný list dítěte.
 - a) shodují-li se údaje vyplněné v poli ZZ se zákonným zástupcem, jež přebírá zásilku (obr. 3)
(např. na EL jsou vyplněné údaje otce a zásilku přebírá otec).
 - b) neshodují-li se údaje vyplněné v poli ZZ se zákonným zástupcem, jež přebírá zásilku (obr. 4).
(např. na EL jsou vyplněné údaje otce a zásilku přebírá matka).
- **Opatrovník** – předloží svůj OP a rozhodnutí soudu (obr. 5).
- **Poručník** – předloží svůj OP a rozhodnutí soudu.



pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: **KATEŘINA** Příjmení: **NOVÁKOVÁ**
 Rodné příjmení: **NOVÁKOVÁ** Titul:
 Číslo pojištěnce: **055313/XXXX** Datum narození: **13. 3. 2005** Pohlaví:
 Státní příslušnost: Stát pobytu:
 Adresa trvalého bydliště, PSČ:
 Kontaktní adresa, PSČ:

Zákonný zástupce

Jméno: **JAN** Příjmení: **NOVÁK**
 Rodné číslo: **850513/XXXX** Titul:
 Doklad totožnosti: Telefon: **123 456 789**
 E-mail: **JAN.NOVAK@XXXXX.CZ**

Plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplátce OSVČ stát A zaměstnavatel

B. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI

Název: IČ + org. jednotka:
 Adresa, PSČ:
 Název: IČ + org. jednotka:
 Adresa, PSČ:

C. OBECNÉ ÚDAJE

Dosavadní zdrav. pojišťovna:
 Registrační místo ČPZP:
 Pro OSVČ - způsob platby: složenkou převodem z účtu č:
 Pro OSVČ - výše zálohy: **0 Kč**

PROHLÁŠENÍ

Podpisem tohoto evidenčního listu projevuji svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění k České průmyslové zdravotní pojišťovně (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 48/1987 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám příjímáním ČPZP a tím souhlasím uznáním svého zaměstnavatele (pokud jsem zaměstnanec) a ošetřujícímu lékaři. Prohlašuji, že výše uvedené údaje a data jsou pravdivá a odpovídají skutečnosti. Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Údaje i tento souhlas poskytnu ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to na dobu mé registrace u ČPZP a dobu potřebnou k vyřízení všech vzájemných péčí a inkas a závazků. ČPZP použije tyto osobní údaje v souladu s výše uvedeným zákonem. ČPZP je oprávněna zasílat mi informace o nových službách a produktech (obchodní sdělení) týkajících se činnosti ČPZP a činnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodného čísla a/nebo stavu rozhodného pro placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění se zavazují tyto změny ohlásit ČPZP nepozději do 30 dnů ode dne, kdy k takovému změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojištěn(a) od:
 Podpis zástupce pojišťovny a razítko

Dno: **DATUM PŘEDÁNÍ EL KLIANTOVI**

Podpis ZZ/opatrovníka:
 Podpis pojištěnce (zák. zástupce)



pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: **KATEŘINA** Příjmení: **NOVÁKOVÁ**
 Rodné příjmení: **NOVÁKOVÁ** Titul:
 Číslo pojištěnce: **055313/XXXX** Datum narození: **13. 3. 2005** Pohlaví:
 Státní příslušnost: Stát pobytu:
 Adresa trvalého bydliště, PSČ:
 Kontaktní adresa, PSČ:

Zákonný zástupce

Jméno: **JAN** Příjmení: **NOVÁK**
 Rodné číslo: **850513/XXXX** Titul:
 Doklad totožnosti: Telefon: **123 456 789**
 E-mail: **JAN.NOVAK@XXXXX.CZ**

Plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplátce OSVČ stát A zaměstnavatel

B. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI

Název: IČ + org. jednotka:
 Adresa, PSČ:
 Název: IČ + org. jednotka:
 Adresa, PSČ:

C. OBECNÉ ÚDAJE

Dosavadní zdrav. pojišťovna:
 Registrační místo ČPZP:
 Pro OSVČ - způsob platby: složenkou převodem z účtu č:
 Pro OSVČ - výše zálohy: **0 Kč**

PROHLÁŠENÍ

Podpisem tohoto evidenčního listu prohlašuji svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění k České průmyslové zdravotní pojišťovně (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám pojištěncem ČPZP a tuto skutečnost oznamuji svému zaměstnavateli (pokud jsem zaměstnanec) a odesílajícímu lékařovi. Prohlašuji, že výše uvedené údaje a data jsou pravdivá a odpovídají skutečnosti. Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 104/2001 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Údaje i tento souhlas poskytnu ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to tutu dobu mě registrace u ČPZP a dobu potřebnou k vyřízení všech vzájemných pohledůvek a závazků. ČPZP použije tyto osobní údaje v souvislosti s výše uvedeným zákonem. ČPZP je oprávněna zasílat mi informace o nových službách a produktech (obchodní sdělení) týkajících se činnosti ČPZP a činnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodného čísla a/nebo stavu rozhodného pro placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění se zavazuju tyto změny ohlásit ČPZP neprodávajíc 30 dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojištěn(a) od:
 Podpis zástupce pojišťovny a razítko

Dne: **DATUM PŘEDÁNÍ EL KLIENTOVI**

Podpis ZZ/opatrovníka:

ANETA VESELÁ

Podpis pojištěnce (zák. zástupce)

MATKA: ANETA VESELÁ
RČ: 855723/XXXX

www.cpzp.cz



pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: TOMÁŠ Příjmení: KOVÁŘ
Rodné příjmení: Titul:
Číslo pojištěnce: 791103/XXXX Datum narození: 3. 11. 1979 Pohlaví:
Státní příslušnost: Stát pobytu:
Adresa trvalého bydliště, PSČ:
Kontaktní adresa, PSČ:

V případě, kdy zásilku přebírá opatrovník (vždy se musí prokázat rozhodnutím soudu o opatrovnictví a svým OP) a není vyplněn v poli "zákonný zástupce", doplní se povinně jeho údaje: JMÉNO, PŘÍJMENÍ, RODNÉ ČÍSLO do pole "zákonný zástupce" a zajistí se jeho podpis.

Zákonný zástupce

Jméno: MARTA Příjmení: MALÁ
Rodné číslo: 825613/XXXX Titul:
Doklad totožnosti: Telefon:
E-mail:
Plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplátce OSVČ stát A zaměstnavatel

B. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI

Název: IČ + org. jednotka:
Adresa, PSČ:
Název: IČ + org. jednotka:
Adresa, PSČ:

C. OBECNÉ ÚDAJE

Dosavadní zdrav. pojišťovna:
Registrační místo ČPZP:
Pro OSVČ - způsob platby: složenkou převodem z účtu č:
Pro OSVČ - výše zálohy: 0 Kč

PROHLÁŠENÍ

Podpisem tohoto evidenčního listu projevuji svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění k České průmyslové zdravotní pojišťovně (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám pojištěncem ČPZP a tuto skutečnost oznámím svému zaměstnavateli (pokud jsem zaměstnanec) a odesílámu lékařům. Prohlašuji, že výše uvedené údaje a data jsou pravdivé a odpovídají skutečnosti. Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Údaje i tento souhlas poskytl(a) ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to na dobu mé registrace u ČPZP a dobu potřebnou k vypořádání všech vzájemných pohledávek a závazků. ČPZP použije tyto osobní údaje v souladu s výše uvedeným zákonem. ČPZP je oprávněna zasílat mi informace o nových službách a produktech (obchodní sdělení) týkajících se činnosti ČPZP a činnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodního čísla a/nebo stavu svobodného při placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění se zavazuji tyto změny ohlásit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojištěn(a) od:

Dne: DATUM PŘEDÁNÍ EL KLIENTOVI

Podpis zástupce pojišťovny a razítko

podpis ZZ/opatrovníka:

Podpis pojištěnce (zak. zástupce)