

MANUÁL ČPZP

Pro zabezpečení předání Evidenčních listů žadatelům o registraci k ČPZP v roce 2018



**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 EVIDENČNÍHO LISTU:

- ✓ 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
Příhlášení 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 (s ohledem na konce registračních termínů v 1. a 3. kvartále 2018 nejpozději do 4 dnů od posledního převzetí zásilek z ČPZP-viz čl. III, odst. B)

 Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

EVIDENČNÍ LIST
Přihlášení pojištěnce
Kód pojišťovny 205

pro pojištěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Jméno: **IAN** 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: _____

Přísluší pojištění na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samojištěnec 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, projevujíc svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění u České průmyslové zdravotní pojišťovny (dále jen "ČPZP") ve smyslu zákona č. 48/1987 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám pojištěncem ČPZP a tuto skutečnost oznamuji svému zaměstnavateli (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 poskytl ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to na dobu má registrace u ČPZP a dobu potřebnou k vyřízení 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 (složenky sdílení) týkajících se činnosti ČPZP a úrodnosti souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, rodného čísla slibem stavu rozhodného pro placení pojištění na veřejné zdravotní pojištění se zavazují tyto změny ohlásit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k těmto změnám došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

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

Podpis zástupce pojišťovny a razítko: _____ Podpis pojištěnce (zak. zástupce): 

III. REGISTRAČNÍ TERMÍNY

A. OBECNÉ INFORMACE

- evidenční listy jsou doručovány ke dvěma zákonným registračním termínům (v 1 a 3. kvartále roku). 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
Příslušenství pojištěnce
Kód pojišťovny Z05

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:
Příslušenství na veřejné zdravotní pojištění: OBZP-samoplatce 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: Kč
PROHLÁŠENÍ
Podpisem tohoto evidenčního listu projevuji svou vůli být registrován(a) jako účastník veřejného zdravotního pojištění k České průmyslové zdravotní pojišťovně (jádře je 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 zúčtovacímu ústředí. 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 poskytnu ČPZP za účelem registrace u této zdravotní pojišťovny, a to na dobu mé registrace u ČPZP a dobu potřebnou k vyřízení 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 činností souvisejících. V případě změny jména, příjmení, adresy trvalého pobytu, kontaktní adresy, měřičku čísla zřetelce státního rozpočtu 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 jejího Podpis pojištěnce (zák. zástupce)

www.cpzp.cz

Obr. 2b

B. PŘEREGISTRAČNÍ TERMÍNY

- a. **k 1. 7. 2018** (1. kvartál – na EL nesmí figurovat datum sjednání registrace pozdější než 31. 3. 2018)
- zásilky jsou předávány k doručení v období 6. 1. 2018 – 31. 3. 2018 (poslední dávka pro toto období určená k doručení klientům bude předána 3. 4. 2018)
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP **nejpozději do 5. 4. 2018 do 10:00 hod**
- b. **k 1. 1. 2019** (3. kvartál – na EL nesmí figurovat datum sjednání registrace pozdější než 30. 9. 2018)
- zásilky jsou předávány k doručení v období 1. 7. 2018 – 30. 9. 2018 (poslední dávka pro toto období určená k doručení klientům bude předána 1. 10. 2018)
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP **nejpozději do 4. 10. 2018 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. 2. 1. 2018 – 1. 1. 2019
 - zásilky musí být vyřízeny a vráceny na ČPZP **nejpozději do 7. 1. 2019**

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 (dětí, 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 pojištěnci 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 pojistěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJISTĚNCE

Jméno: **KATEŘINA** Příjmení: **NOVÁKOVÁ**
Rodné příjmení: **NOVÁKOVÁ** Titul: _____
Číslo pojištění: **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: složenka 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 pojistěncem ČPZP a tuto skutečnost oznámím svému zaměstnavateli (pokud jsem zaměstnanec) a ošeffujícímu 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 vypořádání všech vzájemných pohledůvek 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 zavazuj tyto změny ohlásit ČPZP nepozději 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:

Novák

Podpis pojistěnce (zak. zástupce)



pro pojistěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJISTĚNCE

Jméno: **KATEŘINA**

Příjmení: **NOVÁKOVÁ**

Rodné příjmení: **NOVÁKOVÁ**

Titul:

Číslo pojistěnce: **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. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Touto registrací se stávám pojistěncem ČPZP a tuto skutečnost oznámím svému zaměstnavateli (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 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 sdílení) 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 zavazuji tyto změny ohlásit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojistěn(a) od:

Dne: **DATUM PŘEDÁNÍ EL KLIENTOVI**

Podpis ZZ/opatrovníka:

Vešelá

Podpis zástupce pojišťovny a razítko

Podpis pojistěnce (zák. zástupce)

MATKA: ANETA VESELÁ
ŘČ: 855723/XXXX

pro pojistěnce

A. OSOBNÍ ÚDAJE POJISTĚNCE

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 zápis ku 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:
 Plátcе 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 pojistěncem ČPZP a tuto skutečnost oznámím svému zaměstnavateli (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 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 činností 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 zavazuji tyto změny ohlásit ČPZP nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

D. POTVRZENÍ ČPZP

Pojistěn(a) od: **Dne:** DATUM PŘEDÁNÍ EL KLUENTŮVI
 podpis ZZ/opatrovníka:

 Podpis zástupce pojišťovny a razítko Podpis pojistěnce (zak. zástupce)