



Zdravotní pojišťovna  
**METAL-ALIANCE**

kód pojišťovny  
**217**

**REGISTRAČNÍ LIST**

**1.**

**Bankovní spojení:**

Komerční banka

č.ú. 19-8696380297/0100

IČ: 487 03 893

Jméno

Příjmení

Rodné číslo  Rodné příjmení

Titul (před)  titul (za)  Státní příslušnost

Adresa trvalého bydliště  
ulice  č.p.   
obec  PSČ

Adresa korespondenční  
ulice  č.p.   
obec  PSČ

E-mail

telefon  Dosavadní zdrav. pojišťovna  od

**1. Zaměstnanec v pracovním nebo obdobném poměru**

Název zaměstnavatele

Adresa ulice  č.p.   
obec  PSČ

**2. Pojištěnec, který je plátcem zdravotního pojištění sám - samoplátce**

**P** - OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná

**S** - OBZP - osoba bez zdanitelných příjmů (např. žena v domácnosti)

měsíční záloha na pojistné v Kč

**3. Pojištěnec, za kterého je plátcem zdravotního pojištění stát** (křížkem označte kategorii příslušnou Vaší osobě)

**A**  **B**  **C**  **E**  **G**  **H**  **I**  **K**  **L**  **N**  **O**  **T**  **U**  **V**

\* uveďte kategorii (dle návodu na zadní straně tiskopisu) příslušnou Vaší osobě a doložte příslušným dokladem

**4. Údaje o praktickém lékaři**

Jméno praktického lékaře   
vyplní POJIŠTĚNĚC

Adresa ulice  č.p.   
obec  PSČ

IČZ (tuto část registračního listu vyplňuje pracoviště ZP M-A)

**P** **Prohlašuji tímto, že jsem se seznámil s poučením o základních povinnostech pojištěnce. Využívám svého práva na výběr pojišťovny a žádám o zaregistrování u Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE.**

V  dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Podpis zástupce ZP M-A

**X**  
Pojištěn u ZP M-A od (den, měsíc, rok):  
(tuto část reg. listu vyplňuje pracoviště ZP M-A)

Pracoviště

Poznámka: REGISTRAČNÍ LIST vyplňte, prosím, ve 2 vyhotoveních

Vážený kliente,

velice nás těší, že na konci Vašeho hledání nejlepší a nejvhodnější zdravotní pojišťovny je právě naše Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE. Chtěli bychom Vás ujistit, že ve středu našeho zájmu stojí skutečně každý náš pojištěnec. Každému našemu pojištěnci nabízíme to, co je dle našeho nejlepšího svědomí tou nejsilnější stránkou ZP METAL-ALIANCE, a to vysokou profesionalitu a individuální přístup ke každému klientovi. Samozřejmostí zůstává Vaše spokojenost s úrovní poskytované zdravotní péče (včetně prevence) v našich smluvních zdravotnických zařízeních a její včasná úhrada. Abychom mohli zajistit skutečně nejlepší péči o Vaše zdraví, potřebujeme také Vaši spolupráci - je pro nás důležité včasné plnění ohlašovacích povinností. Tyto povinnosti jsou dány přímo ze zákona a platí pro všechny pojištěnce bez ohledu na zvolenou zdravotní pojišťovnu. Jedná se zejména o tyto povinnosti:

## **A. Povinnost nahlásit zdravotní pojišťovně do 8 dnů ode dne, kdy došlo ke:**

### **1. Skutečnosti, rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné:**

- nástup na mateřskou dovolenou,
- přiznání rodičovského příspěvku,
- zaevidování na úřadu práce (nezaměstnaný),
- přiznání důchodu (např. starobní, důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně, vdovský, sirotčí),
- celodenní a osobní péče alespoň o jedno dítě do 7 let věku, nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku,
- narození dítěte.

### **2. Zahájení nebo ukončení podnikání (OSVČ).**

### **3. Změně na „osobu bez vlastních příjmů“ (ten, kdo ukončil zaměstnání, nepodniká a nespadá do žádné kategorie, za niž je plátcem pojistného stát).**

### **4. Ztrátě nebo poškození průkazu pojištěnce.**

## **B. Povinnost nahlásit zdravotní pojišťovně nejdéle do 30 dnů změnu:**

- jména
- příjmení
- adresy
- rodného čísla

## **C. Povinnost nahlásit do 8 dnů změnu zdravotní pojišťovny zaměstnavateli a ošetřujícímu praktickému lékaři:**

V případě potřeby jsme Vám k dispozici na našich kontaktních místech, jejichž seznam najdete na [www.zpma.cz](http://www.zpma.cz) nebo Vám podáme informace na CALL CENTRU **844 125 124**.

## **Legenda zařazení do kategorií**

- A** nezletilé dítě do ukončení povinné školní docházky
- B** nezaopatřené dítě nad 15 let věku (max. do 26 let) – student (*potvrzení o studiu*)
- C** poživatel důchodu (starobní, důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně, vdovský, sirotčí) (*rozhodnutí OSSZ o přiznání důchodu*)
- E** žena na mateřské a rodičovské dovolené, žena pobírající pomoc v mateřství; muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisu o nemocenském pojištění; příjemce rodičovského příspěvku (*potvrzení od lékaře, potvrzení sociálního odboru*)
- G** uchazeč o zaměstnání v evidenci Úřadu práce (*rozhodnutí o evidenci na Úřadu práce*)
- H** osoba pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti (*potvrzení sociálního odboru*)
- I** osoba pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě nebo bezmocnou osobu (*potvrzení sociálního odboru*)
- K** osoba ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody
- L** osoba trvale pečující alespoň o 1 dítě do 7 let věku nebo nejméně o 2 děti do 15 let věku (*rodné listy dětí a čestné prohlášení*)
- N** osoba, která dosáhla věku potřebného na získání nároku na důchod, avšak nesplňuje podmínku pro jeho přiznání (odpracované roky) (*rozhodnutí OSSZ*)
- O** osoba, která pobírá nemocenské dávky v ochranné lhůtě (*doklad o pracovní neschopnosti*)
- T** osoba vykonávající dlouhodobě dobrovolnickou službu (*smlouva s vysílající organizací*)
- U** osoba mladistvá, umístěná ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy
- V** cizinec, oprávněný pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany (*potvrzení o mezinárodní ochraně*)