



PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ

zaměstnanec : _____

datum narození : _____

1. Prohlašuji, že ke dni _____

a) jsem pojištěn/a u ^{*)} _____

název zdravotní pojišťovny

b) se stal za mne plátcem zdravotního pojištění i stát ^{*)}, a to z těchto důvodů:

Zároveň prohlašuji, že podíl státu neuplatňuji u žádného dalšího zaměstnavatele, který za mne odvádí zdravotní pojištění;

c) přestal být za mne plátcem zdravotního pojištění stát ^{*)};

d) nepožaduji srážet zdravotní pojištění alespoň z minimální mzdy, neboť tuto povinnost plní můj další zaměstnavatel _____ ^{*)}

e) požaduji srážet zdravotní pojištění alespoň z minimální mzdy ^{*)}

2. Prohlašuji, že je mi známa povinnost nahlásit zaměstnavateli:

- do 8 dnů změnu zdravotní pojišťovny,
- všechny skutečnosti rozhodné pro registraci a správný a včasný odvod pojistného na veřejné zdravotní pojištění (např. kategorie osob, za které je plátcem pojistného stát) a jsem si vědom/a, že pokud tak neučiním, a zaměstnavateli vznikne škoda, budu povinen/povinna ji uhradit.

V Praze dne _____

podpis zaměstnance

Poznámka:

Na měsíčním vyúčtování mzdy je uvedena zkratka zdravotní pojišťovny, u které jste registrován/a. Jakoukoliv nesrovnalost ihned ohlaste oddělení personálnímu a mzdovému 3. LF UK.

^{*)} Nehodící se škrtněte