



INFORMACE PRO RODIČE ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ DÍTĚTE

Vážení rodiče,

Vážení zákonní zástupci,

dovolujeme si Vás informovat, že ve smyslu § 2 odst. 1 bodu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů je pojištěncem také osoba, která nemá trvalý pobyt na území České republiky, pokud

- se na území České republiky narodila matce s povoleným **dlouhodobým pobytem** na území České republiky, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku, nebo
- se na území České republiky narodila matce s povoleným **trvalým pobytem**, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku a dále po dobu řízení o žádosti o povolení k trvalému pobytu na území České republiky podané za tuto osobu.

Vaše dítě se stane účastníkem veřejného zdravotního pojištění ode dne narození do konce kalendářního měsíce, v němž dovršilo 60 dnů věku. V této souvislosti jste povinni narození dítěte oznámit do 8 dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození; není-li matka dítěte zdravotně pojištěna podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, oznámit narození dítěte zdravotní pojišťovně, u které je pojištěn otec dítěte v den jeho narození. Nejsou-li rodiče zdravotně pojištěni podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, jste povinni oznámit narození dítěte Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Žádáme Vás, abyste nám bezodkladně sdělili číslo pojištěnce, které bylo Vašemu dítěti příslušnou zdravotní pojišťovnou přiděleno, na e-mailovou adresu: **apolinar-pojisteni@vfn.cz**

V Praze dne:

.....
Jméno a podpis zákonného zástupce
a jeho vztah k dítěti

.....
Jméno a podpis
odpovědného pracovníka VFN

Jestliže rodič/zákonný zástupce není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak projevil svou vůli:

Jméno a příjmení svědka:

.....
Podpis svědka