



Přihláška pojištěnce

Datum převzetí, razítko VZP ČR

1. Osobní údaje

Příjmení	Jméno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pohlaví	Státní příslušnost	Trvalý pobyt v ČR
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Adresa trvalého pobytu: Ulice		Číslo popisné / orientační
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PSC	Obec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Zákonný zástupce

Příjmení	Jméno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce (rodné číslo)	
<input type="text"/>	

3. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny, datum změny

Kód	Název dosavadní zdravotní pojišťovny
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosavadní číslo pojištěnce	Změna zdravotní pojišťovny od
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Souhlas se zpracováním osobních údajů

Souhlasím s tím, aby mé osobní a kontaktní údaje uvedené v tomto formuláři zpracovávala VZP ČR v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovávány pouze v nezbytném rozsahu pro účely předávání informací týkajících se marketingových aktivit VZP ČR a dále pak informací týkajících se činnosti a klientských služeb provozovaných VZP ČR. Souhlasím se zasíláním zpráv na podporu a propagaci služeb a image VZP ČR a obdobných sdělení na mou uvedenou e-mailovou či korespondenční adresu. Souhlas uděluji dobrovolně s tím, že ho mohu kdykoliv bezplatně odvolat na adrese VZP ČR. Tento souhlas se vztahuje i na všechny další zpracovatele uvedených dat, resp. osoby, které jsou oprávněny poskytovat služby spojené s výhodami a benefity pojištěncům VZP ČR.

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůtu stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem VZP.

Vyplněno dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Poučení k formuláři Přihláška pojištěnce

Formulář je určen pro změnu zdravotní pojišťovny. Podle ustanovení § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, lze změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Přihlášku lze podat pouze jednu, k případným dalším přihláškám se nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

Osobní údaje

Číslo pojištěnce - u občanů ČR rodné číslo. Cizinci, kteří mění zdravotní pojišťovnu, uvedou číslo pojištěnce, pod kterým byli evidováni u dosavadní zdravotní pojišťovny. Cizinec, který dosud nebyl v ČR přihlášen u žádné zdravotní pojišťovny, uvede datum narození ve formátu DD.MM.RRRR a zdravotní pojišťovna mu číslo pojištěnce přidělí.

Zákonný zástupce

Zákonný zástupce zastupuje nezletilého nebo jinou osobu, která nemá způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu.

Případné dotazy zodpoví pracoviště VZP nebo klientské centrum VZP, Praha 3, Orlická 4/2020, PSC 130 00, v době od 8 do 16 hodin na telefonním čísle: 952 222 222; v době od 16 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace jsou k dispozici na internetové adrese: www.vzp.cz.