



zaměstnanecká  
pojišťovna  
škoda

kód pojišťovny **209**  
**Evidenční list**

### 1. Osobní údaje o pojištěnci

rodné číslo (číslo pojištěnce)  /  státní příslušnost

příjmení  jméno

rodné příjmení  tit.  datum narození

adresa trvalého bydliště

PSČ

kontaktní adresa (vyplňte, pokud se liší od trvalého bydliště)

PSČ

e-mail  mobil

### 2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

příjmení  jméno

datum narození  u novorozence RČ matky / otce

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP / ŘP / Pasu

č:

### 3. Název a kód dosavadní zdravotní pojišťovny

název  kód

plátce pojistného na veřejné zdravotní pojištění  zaměstnavatel  stát  OSVČ  samoplátce

### 4. Údaje o zaměstnavateli

název  adresa

PSČ  IČO

Souhlasím s tím, aby osobní a kontaktní údaje uvedené v tomto formuláři zpracovávala ZPŠ v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil/a lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle §11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a ze strany ZPŠ řádně poučen/a o termínu, od kterého vzniká pojištění u ZPŠ a od kterého jsem oprávněna používat vydaný Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC). V případě, že průkaz použiji v rozporu s tímto poučením a ZPŠ v tomto důsledku vznikne škoda z důvodu úhrady zdravotních služeb, budu ZPŠ povinen/povinna tuto škodu nahradit.

dne

podpis pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka)

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC

VYPLNÍ ŽPŠ

pojištění u ZPŠ vzniká od

příhláška podána dne  razítko a podpis pracovníka ZPŠ