

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení	Datum narození	Číslo pojištěnce (rodné číslo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Adresa trvalého pobytu a další identifikační údaje

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice		Číslo popisné	Číslo orientační	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PSČ	Obec	U novorozenců uvést číslo pojištěnce matky (RČ)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Stát	Státní příslušnost			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
E-mail	Telefon			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

3. Korespondenční adresa

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice		Číslo popisné	Číslo orientační
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Stát	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Kategorie pojištěnce

A - druh kategorie

- Plátcem pojistného je STÁT
- Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL
- Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ
- Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

B - specifikace kategorie, pokud je plátcem pojistného STÁT

- nezaopatřené dítě do 15 let - doklad se nevyžaduje
- nezaopatřené dítě od 15 let do 26 let - doložte potvrzením o studiu
- poživatel důchodu - doložte potvrzením o pobírání starobního, invalidního, vdovského/vdoveckého či sirotčího důchodu
- uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce - doložte potvrzením úřadu práce
- osoba na mateřské či rodičovské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku - doložte doklad o pobírání dávky (peněžité podpory v mateřství či rodičovského příspěvku), jste-li nadále v pracovním poměru, označte změnu zdravotní pojišťovny Vašemu zaměstnavateli
- jiné kategorie - doložte dokladem (viz. poučení)

5. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

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

6. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem ZP MV ČR a prohlašuji, že jsem splnil(a) lhůty a podmínky stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny v § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Svým podpisem též stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že je-li tato přihláška pojištěnce podána v období od 1. dubna do 30. června, nastanou účinky podání dnem 1. července téhož roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. lednu následujícího roku. Je-li tato přihláška podána v období od 1. října do 31. prosince, nastanou účinky podání dnem 1. ledna následujícího roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. červenci následujícího roku.

Dále svým podpisem této přihlášky pojištěnce potvrzuji, že veškeré údaje pojištěnce, které jsem uvedl(a) v této přihlášce, jsou pravdivé a úplné, poskytuji je dobrovolně, vědomě a svobodně. Svým podpisem projevuji dále souhlas s pořízením kopie dokumentů osvědčujících skutečnosti rozhodné pro specifikaci kategorie pojištěnce a s jejím uchováním ve Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra České republiky.

Jsem si vědom(a) a souhlasím, že osobní údaje v rozsahu jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa trvalého pobytu a adresa bydliště (adresa pro doručování), je Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky v souladu s platnými právními předpisy oprávněna zpracovávat vzhledem k výkonu své působnosti bez souhlasu. Výslovně uděluji souhlas se zpracováním osobních soukromých údajů, jimiž je kontaktní telefonní číslo a kontaktní emailová adresa, které jsem uvedl(a) jako další kontaktní údaje, v zájmu efektivnější a rychlejší komunikace vyplývající či související s plněním zákonné povinnosti zdravotní pojišťovny. Uděluji výslovně pro účely ověření identifikace osoby a ověření správnosti údajů v základním registru obyvatel souhlas s poskytnutím čísla občanského průkazu či cestovního pasu, resp. jiného obdobného identifikačního osobního průkazu pojištěnce.

Svým podpisem této přihlášky prohlašuji, že jsem byl(a) v plném rozsahu informován(a) a jsem si v plném rozsahu vědom(a) svých práv dle § 12 a 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZOOÚ“), a § 81 a násl. zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, především svého práva přístupu k osobním údajům, práva na ochranu osobních údajů a soukromí, práva na vysvětlení či odstranění stavu, který by byl považován za neoprávněný zásah do osobních údajů a práva na odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů. Prohlašuji, že Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky jako správce osobních údajů dle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, mne poučila, že osobní údaje bude uchovávat a zpracovávat v rámci zpracování údajů o pojištění v rozsahu nezbytném pro naplnění účelu zpracování, jímž je provádění veřejného zdravotního pojištění, a pouze v souladu s tímto účelem a osobní údaje podléhající udělení souhlasu nebudou zpřístupněny třetím osobám, s čímž vyslovuji souhlas.

Prohlašuji, že tento souhlas je vědomý a svobodný projev méj vůle a uděluji ho po předchozím poskytnutí informací požadovaných zákonem ZOOÚ, **s nimiž jsem se seznámil(a) v rámci dokumentu „Informace ke zpracování osobních údajů ve Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR“.**

Jedná-li jménem pojištěného zástupce:

Svým podpisem této přihlášky pojištěnce, jehož jménem jsem oprávněn(a) jednat, dále potvrzuji, že veškeré údaje vztahující se k mé osobě, které jsem uvedl(a) v této přihlášce, jsou pravdivé a úplné, poskytuji je dobrovolně, vědomě a svobodně a souhlasím, aby Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky ověřila jejich správnost v základním registru obyvatel. Uděluji výslovně pro účely ověření identifikace osoby souhlas s poskytnutím čísla svého občanského průkazu či cestovního pasu, resp. jiného obdobného identifikačního osobního průkazu. Jsem si vědom skutečnosti, že mé oprávnění jednat jménem pojištěnce jsem na požádání Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky povinen osvědčit předložením příslušného právního titulu (dokumentu), přičemž souhlasím s pořízením kopie tohoto dokumentu a jejím uchováním ve Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra České republiky.

Změna pojišťovny platná OD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplněno dne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Počet listů
příloh

--

ZPMVČR 70.01/2013



Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Identifikace ověřena dle OP/pasu č.:
Osoba ověřující totožnost pojištěnce

Identifikace zákonného zástupce

Jméno

--

Příjmení

--

Datum narození

--

Vztah k pojištěnci

--