OZP OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

Formulář pro přihlášení k OZP (207)

1 Povinné osobní údaje

Základní osobní údaje

Jméno		*Příjmení*		*Titul*	
Číslo pojištěnce (rodné číslo)		*Státní příslušnost*			
Datum narození		*Pohlaví*			

Zákonný zástupce

Jméno		*Příjmení*		*Titul*	
Číslo zástupce (rodné číslo)		*Datum narození*			

Kontaktní adresa *(adresa trvalého pobytu bude použita z Centrálního registru obyvatel)*

Ulice		*Číslo popisné/orientační*	
Obec		*PSČ*	

Kategorie pojištěnce *(zaškrtněte)*

- ☐ OBZP *(samoplátce)*
- ☐ OSVČ
- ☐ Zaměstnanec
- Státní: ☐ dítě ☐ mateřská dovolená ☐ důchodce ☐ nezaměstnaný

Bankovní spojení u OSVČ

Bankovní číslo účtu		*Kód banky*	

2 Nepovinné osobní údaje

E-mail		*Telefon*	
Bankovní číslo účtu		*Kód banky*	
Dosavadní zdravotní pojišťovna			

Důvod změny zdravotní pojišťovny *(zaškrtněte)*

- ☐ doporučení lékaře
- ☐ doporučení zaměstnavatele
- ☐ marketingové akce OZP
- ☐ doporučení známých
- ☐ doporučení pracovníka OZP
- ☐ benefity OZP

Prohlášení

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil/splnila lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny podle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění. Prohlašuji, že všechny osobní údaje uvedené na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji též svoji vůli stát se pojištěncem OZP v nejbližším možném termínu.

Datum		*Podpis*	

Vyplní OZP

OZP OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

Formulář pro přihlášení k OZP (207)

1 Poučení klienta u povinných osobních údajů

Beru na vědomí, že osobní údaje uvedené na této přihlášce jako "povinné" budou zpracovány Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, IČO: 471 14 321, se sídlem Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka A 7232, (dále jen "OZP") za účelem řádného provádění veřejného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.
Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů jsou: adresa: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4, email: dpo@ozp.cz. Osobní údaje budou uloženy u OZP po dobu trvání pojistného vztahu pojištěnce a OZP a dále po dobu nezbytně nutnou přihlášení pojištěnce a změny OZP likviduje ve lhůtě 25 let od uzavření dokumentu. Promlčení pojistného je upraveno v § 16 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění.

Pojištěnec má právo požadovat od OZP přístup k osobním údajům týkajícím se pojištěnce a požadovat informace podle ustanovení článku 15 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), (dále jen "nařízení"), jejich opravu ve smyslu článku 16 nařízení, popřípadě omezení zpracování podle článku 18 nařízení, a vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení, jakož i právo na přenositelnost údajů podle článku 20 nařízení. Pojištěnec má dále právo podat stížnost u dozorového orgánu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů. Poskytování osobních údajů je zákonným požadavkem a pojištěnec je povinen za daným účelem osobní údaje poskytnout (v opačném případě nebude možné ze strany OZP dostát legislativnímu účelu zpracování). Pojištěnec si je vědom svého práva na to, aby OZP bez zbytečného odkladu opravila nepřesné osobní údaje a též práva na doplnění neúplných osobních údajů. Pokud je pravděpodobné, že určitý případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob, OZP oznámí toto porušení bez zbytečného odkladu mně, jakožto subjektu údajů.

2 Souhlas klienta u nepovinných osobních údajů

Dávám tímto svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný **souhlas** se zpracováním mých osobních údajů v "nepovinném" rozsahu email, telefon, bankovní spojení (kromě pojištence OSVČ, kde je uvedení tohoto osobního údaje povinné), údaje o dosavadní zdravotní pojišťovně a důvodu změny zdravotní pojišťovny, a údaje v rozsahu kontaktní adresa, a to pro účely evidenční, kontaktování mé osoby s nabídkou využití preventivních programů OZP, portálu VITAKARTA ONLINE a pro účely jiných marketingových akcí, včetně marketingu třetích stran, konkrétně obchodních partnerů OZP uvedených na webových stránkách OZP www.ozp.cz. Současně uděluji OZP souhlas s provedením monitorovaného verifikačního hovoru, a to výhradně za účelem potvrzení mého zájmu o změnu zdravotní pojišťovny, s tím, že souhlas podle této věty uděluji na dobu jednoho roku od podpisu tohoto souhlasu a poučení níže. Jsem si vědom/vědoma svého práva svůj souhlas kdykoli **odvolat**, a to písemně na adrese OZP: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4 nebo na adrese osobni.udaje@ozp.cz. Výše uvedené osobní údaje budou na základě mého souhlasu zpracovány OZP. Osobní údaje budou uloženy u OZP po dobu trvání pojistného vztahu pojištěnce a OZP a dále po dobu nezbytně nutnou.

Mám **práva** uvedená výše v poučení subjektu údajů pod bodem 1 a dále mám právo na výmaz osobních údajů ve smyslu článku 17 nařízení, právo vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení (pokud vznesu námitku proti zpracování pro účely přímého marketingu, nebudou již osobní údaje pro tyto účely zpracovány). Poskytování osobních údajů je dobrovolné (osobní údaj v rozsahu kontaktní adresa je zpracováván jako povinný údaj podle bodu 1 výše za daným účelem, jeho využití podle tohoto bodu je postaveno na mém souhlasu), nejsem povinen/povinna dotčené osobní údaje poskytnout.

Datum		*Podpis*	

3 VITAKARTA ONLINE

Současně níže potvrzuji svým podpisem, že souhlasím s registrací mé osoby k bezplatným službám portálu VITAKARTA ONLINE, a to za předpokladu, že v části Nepovinné osobní údaje této přihlášky byla vyplněna e-mailová adresa a číslo mobilního telefonu. Podpisem níže současně potvrzuji, že souhlasím s tím, aby se s mou registrací k portálu VITAKARTA ONLINE automaticky aktivovaly tyto služby i pro osoby, jejichž jsem zákonným zástupcem. Svým podpisem níže potvrzuji, že jsem seznámen/seznámena a souhlasím s Obecnými a Speciálními podmínkami portálu VITAKARTA ONLINE, které jsou k dispozici v sekci VITAKARTA ONLINE na webových stránkách OZP www.ozp.cz.

Datum		*Podpis*	