

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC NEBO ZÁSTUPCE POJIŠTĚNĚ

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)*	Příjmení*	Rodné příjmení*	Jméno*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození*	Státní příslušnost*	Titul	Pohlaví
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
E-mail	Telefon		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Číslo bankovního účtu (pro úhrady v rámci v.z.p. a vrácení přeplatků za léky)	Kód banky		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dosavadní zdravotní pojišťovna*	Kód pojišťovny*		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Adresa trvalého bydliště

Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*

Kontaktní adresa (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)

Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*

Kategorie pojištěnce* (zatrhněte všechny kategorie, které se Vás týkají)

Zaměstnanec OSVČ OBZP (samoplátce) Důchodce Přiznaná invalidita 2. 3. stupně
 Mateřská a rodičovská dovolená Dítě Student Úřad práce Jiná

Údaje o zaměstnavateli

Název*	IČO*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*	
<input type="text"/>	

Bankovní spojení (u OSVČ)

Číslo bankovního účtu*	Kód banky*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZÁSTUPCI POJIŠTĚNĚ (rodič, opatrovník, poručník, zplnomocněný zástupce)

Datum narození*	Příjmení*	Jméno*	Stát trvalého pobytu*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlášení ZPŠ

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (dále jen Obecné nařízení) správcem osobních údajů zpracovávaných ZPŠ za účelem plnění povinností stanovených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Informace související se zpracováním osobních údajů, na které má pojištěnec jakožto subjekt právo, jsou dostupné na www.zpskoda.cz nebo na pobočkách ZPŠ.

Tímto podpisem projevuji vůli přeregistrovat se k ZPŠ a potvrzuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů ZPŠ a byla mi poskytnuta veškerá sdělení podle čl. 15 – 22 a 34 Obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Datum*	Podpis pojištěnce nebo zástupce pojištěnce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od	Razítko a podpis zaměstnance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příhláška podána dne	
<input type="text"/>	

* označené položky jsou povinné

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)*	Příjmení*	Rodné příjmení*	Jméno*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození*	Státní příslušnost*	Titul	Pohlaví
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
E-mail	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Číslo bankovního účtu (pro úhrady v rámci v.z.p. a vrácení přeplatků za léky)	Kód banky		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dosavadní zdravotní pojišťovna*	Kód pojišťovny*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Adresa trvalého bydliště

Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*

Kontaktní adresa (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)

Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*

Kategorie pojištěnce* (zatrhněte všechny kategorie, které se Vás týkají)

Zaměstnanec
 OSVČ
 OBZP (samoplátce)
 Důchodce
 Přiznaná invalidita
 2.
 3. stupně
 Mateřská a rodičovská dovolená
 Dítě
 Student
 Úřad práce
 Jiná

Údaje o zaměstnavateli

Název*	IČO*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec*	
<input type="text"/>	

Bankovní spojení (u OSVČ)

Číslo bankovního účtu*	Kód banky*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZÁSTUPCI POJIŠTĚNCE (rodič, opatrovník, poručník, zplnomocněný zástupce)

Datum narození*	Příjmení*	Jméno*	Stát trvalého pobytu*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlášení ZPŠ

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (dále jen Obecné nařízení) správcem osobních údajů zpracovávaných ZPŠ za účelem plnění povinností stanovených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Informace související se zpracováním osobních údajů, na které má pojištěnec jakožto subjekt právo, jsou dostupné na www.zpskoda.cz nebo na pobočkách ZPŠ.

Tímto podpisem projevuji vůli přeregistrovat se k ZPŠ a potvrzuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů ZPŠ a byla mi poskytnuta veškerá sdělení podle čl. 15 – 22 a 34 Obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Datum*	Podpis pojištěnce nebo zástupce pojištěnce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od	Razítko a podpis zaměstnance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příhláška podána dne	
<input type="text"/>	

* označené položky jsou povinné