

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte 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 Ń O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul (nepovinný údaj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení (nepovinný údaj)	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
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>
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 (nepovinný údaj)			Telefon (nepovinný údaj)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

3. Korespondenční adresa (nepovinný údaj)

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 (peněžitě 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 Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky (dále jen „ZP MV ČR“) a prohlašuji, že jsem splnil(a) lhůty a podmínky stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny uvedené v ustanovení § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Svým podpisem 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.

pokračování na další straně

Osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s nařízením (EU) 2016/679 (GDPR) a pouze pro účely provádění veřejného zdravotního pojištění.

Svým podpisem potvrzuji, že veškeré údaje pojištěnce, které jsem uvedl(a) v této přihlášce, jsou pravdivé a úplné, poskytují je dobrovolně, vědomě a svobodně.

Dále svým podpisem potvrzuji, že **jsem se seznámil(a) s obsahem dokumentu „Informační memorandum GDPR“ a že mi byl tento dokument předán v tištěné podobě.** Byl(a) jsem též informován(a), že předmětný dokument je k dispozici na webových stránkách pod odkazem <https://www.zpmvcr.cz/> (v sekci „O nás“) a na každém pracovišti zdravotní pojišťovny.

Jedná-li jménem pojištěného zástupce:

Podpisem této přihlášky pojištěnce, jehož jménem jsem oprávněn(a) jednat, dále potvrzuji, že veškeré údaje vztahující se k mojí osobě, které jsem uvedl(a) v této přihlášce, jsou pravdivé a úplné, poskytují je dobrovolně, vědomě a svobodně. Jsem si vědom skutečnosti, že mé oprávnění jednat jménem pojištěnce jsem na požádání ZP MV ČR povinen osvědčit předložením příslušného právního titulu (dokumentu).

Důvod změny zdravotní pojišťovny (Vyplnění tohoto pole není povinné, ale velmi uvítáme, když nám svůj důvod sdělíte.)

Vyznačte, prosím, **jeden (hlavní) důvod**, který Vás vedl k podání přihlášky k ZP MV ČR.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> doporučení lékaře | <input type="checkbox"/> doporučení známých | <input type="checkbox"/> benefity a nadstandardní služby ZP MV ČR |
| <input type="checkbox"/> doporučení pracovníka ZP MV ČR | <input type="checkbox"/> marketingová akce ZP MV ČR | <input type="checkbox"/> nechci uvádět |
| <input type="checkbox"/> celá rodina u jedné pojišťovny | <input type="checkbox"/> doporučení zaměstnavatele | |

Změna pojišťovny platná OD

<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vyplněno dne

<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Počet listů příloh

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Osoba ověřující totožnost pojištěnce

Identifikace zákonného zástupce

Jméno

Příjmení

Datum narození

Vztah k pojištěnci

ZPMVČR 70.01/2021

