



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

PŘIHLÁŠKA A EVIDENČNÍ LIST POJIŠTĚNCE NEZLETILÉ OSOBY S POVOLENÝM DLOUHODOBÝM POBYTEM V ČR

1. Základní identifikace pojištěnce (nezletilá osoba s povoleným dlouhodobým pobytem v ČR)

Pohlaví:	<input type="checkbox"/> žena	<input type="checkbox"/> muž	
Příjmení:	<input type="text"/>	Jméno:	<input type="text"/>
Rodné příjmení:	<input type="text"/>	Datum narození:	<input type="text"/>
Číslo pojištění/rodné číslo: (je-li přiděleno)	<input type="text"/>	Státní příslušnost:	<input type="text"/>

2. Adresa pobytu

Adresa trvalého pobytu	Ulice:	<input type="text"/>	Číslo popisné/Číslo orientační:	<input type="text"/>
PSČ:	<input type="text"/>	Obec:	<input type="text"/>	

3. Základní identifikace zástupce

Fyzická osoba

Pohlaví:	<input type="checkbox"/> žena	<input type="checkbox"/> muž			
Příjmení:	<input type="text"/>	Jméno:	<input type="text"/>	Titul:	<input type="text"/>
Rodné příjmení:	<input type="text"/>	Datum narození:	<input type="text"/>		
Státní příslušnost:	<input type="text"/>	Číslo pojištění/rodné číslo: (je-li přiděleno)	<input type="text"/>		

Právnícká osoba

Obchodní název:	<input type="text"/>			IČO:	<input type="text"/>
Adresa sídla	Ulice:	<input type="text"/>	Číslo popisné/Číslo orientační:	<input type="text"/>	
PSČ:	<input type="text"/>	Obec:	<input type="text"/>		

4. Korespondenční adresa v ČR a kontaktní údaje zástupce

Ulice:	<input type="text"/>	Číslo popisné/Číslo orientační:	<input type="text"/>		
PSČ:	<input type="text"/>	Obec:	<input type="text"/>	Stát:	Česká republika
Mobilní telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>	Datová schránka:	<input type="text"/>

5. Bankovní účet zástupce

Bankovní spojení: (předčíslí účtu – číslo účtu/kód banky)	<input type="text"/>
IBAN (XX99 9999 9999 9999 9999)	<input type="text"/>

6. Prohlášení a podpis zástupce pojištěnce

Podpisem této přihlášky pojištěnce, jehož jménem jsem oprávněn(a) jednat, potvrzuji, že:

- projevuji vůli, aby se výše uvedená nezletilá osoba s povoleným dlouhodobým pobytem v ČR stala pojištěncem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky (dále jen „ZP MV ČR“) v souladu s § 2 odst. 1 písm. b) bod 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
- veškeré údaje pojištěnce, které jsem uvedl(a) v této přihlášce, jsou pravdivé a úplné, poskytuji je dobrovolně, vědomě a svobodně.
- jsem se seznámil(a) s obsahem dokumentu „Informační memorandum GDPR“. 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.
- jsem si vědom skutečnosti, že mé oprávnění jednat jménem pojištěnce jsem na požádání ZP MV ČR povinen osvědčit předložením příslušného právního titulu (dokumentu).

Vznik pojištění od:

Vyplněno dne:

Podpis: