

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 trvalého pobytu a další identifikační údaje pojištěnce

| | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| 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: