

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 Ň O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul (nepovinný údaj)	Číslo pojištěnce (rodné číslo)

2. Oznamované / nové údaje

Příjmení	Jméno	Titul (nepovinný údaj)	Rodné číslo
E-mail (nepovinný údaj)			Telefon (nepovinný údaj)

Korespondenční adresa (nepovinný údaj)

Ulice	Číslo popisné	Č. orientační
PSČ	Obec	Stát

Rodná čísla nezletilých dětí (pojištěnců ZP MV ČR), jichž se změna korespondenční adresy také týká

Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Číslo pojištěnce (rodné číslo)

3. Plátcce pojistného (zaškrtněte variantu a vyplňte údaje)

☐ Státem hrazená kategorie (kódy viz poučení)	kód	Od	Do
☐ Pojištěnec - OSVČ	kód	Od	Do
Identifikační číslo (IČ)		Od	Do
☐ Pojištěnec - OBZP (samoplátce) (vyplňte i část 4)		Od	Do
☐ Zaměstnavatel:		Od	Do
Identifikační číslo (IČ)		Od	Do

4. Bankovní spojení pojištěnce (vyplní pouze OSVČ nebo OBZP)

Pojistné (zálohy na pojistné) budu platit	Bankovní spojení (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)
☐ Poštovní poukázkou	
☐ Převodem z účtu	
	Bankovní spojení: (IBAN)

5. Návrat ze zahraničí (zaškrtněte variantu, vyplňte údaje a doložte příslušnými doklady)

☐ z dlouhodobého pobytu v cizině dle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.	Dne
☐ z těžiště zájmů v EU/ESVO/Velké Británii (dále jen „EU“) a stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem ZP MV ČR svým podpisem	
Stát pobytu v EU	Kód pojišťovny EU
Od	Do

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s poučením k tomuto formuláři a též s obsahem dokumentu "Informační memorandum GDPR", které je k dispozici na internetových stránkách www.zpmvcr.cz a na pracovišti zdravotní pojišťovny. Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Pojištěnec bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře.

Prostor pro záznamy ZP MV ČR

Údaje ověřil (podpis)

Vyplněno dne

--

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

--

4328415489

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení na druhé straně tohoto formuláře.