

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte 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)
Rodné příjmení (nepovinný údaj)	Datum narození	Číslo pojištění (rodné číslo)

2. Adresa trvalého pobytu/místa pobytu v ČR a další identifikační a kontaktní údaje

Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Pohlaví muž ☐ žena ☐
PSČ	Obec	U novorozenců uvést číslo pojištění matky (RČ)	
Stát	Státní příslušnost		
E-mail (nepovinný údaj)	Telefon (nepovinný údaj)		

3. Korespondenční adresa (nepovinný údaj)

Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační
PSČ	Obec	Stát

4. Kategorie pojištěnce

Vyznačte příslušnou kategorii/příslušné kategorie.
Před vyznačením příslušné kategorie se seznamte s informacemi v Poučení k tomuto formuláři.

Druh kategorie

- ☐ Plátcem pojistného je STÁT – některé skutečnosti rozhodné pro hrazení pojistného státem je nutné doložit
- ☐ Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL – změnu zdravotní pojišťovny musíte oznámit svému zaměstnavateli
- ☐ Plátcem pojistného je pojištěnec - OSVČ
- ☐ Plátcem pojistného je pojištěnec - OBZP

5. Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny

Kód	Název zdravotní pojišťovny	Dosavadní číslo pojištění

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 stvrzuji, že jsem se seznámil(a) s dokumentem „Informační memorandum GDPR“ popisující zpracování osobních údajů v ZP MV ČR, a to prostřednictvím níže uvedené QR kódu, nebo v jeho listinné podobě, kterou jsem na vyžádání obdržel(a) při vyplňování přihlášky. Informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na www.zpmvcr.cz.

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.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ doporučení lékaře | ☐ doporučení známých | ☐ benefity a nadstandardní služby ZP MV ČR |
| ☐ doporučení pracovníka ZP MV ČR | ☐ marketingová akce ZP MV ČR | ☐ nechci uvádět |
| ☐ celá rodina u jedné pojišťovny | ☐ doporučení zaměstnavatele | |

Změna pojišťovny platná OD

	.		.			
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Vyplněno dne

	.		.			
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

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

