

INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo/číslo pojištěnce:

Prohlašuji, že osobně a řádně pečuji (budu pečovat) o dítě do 7 let věku, a to v období:

od:

Svým podpisem současně stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že osobou pečující o dítě do 7 let věku podle § 7 odst. 1 písm. k) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a tedy **pojištěncem, za kterého hradí pojistné stát**, mohu být pouze v případě, pokud ve výše uvedeném období současně platí, že:

- dítě není svěřeno do péče jiné osobě,
- dítě není umístěno v zařízení s týdenním nebo celoročním pobytem,
- nepobírám rodičovský příspěvek podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ani peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění, nejsem osobou na mateřské či rodičovské dovolené,
- není za osobu pečující o dítě již považován druhý rodič nebo jiná osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů (za osobu, která osobně a řádně pečuje o dítě do 7 let věku, se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů),
- osoba uvedená v Prohlášení může být osobou pečující o dítě do 7 let věku podle cit. zákona ode dne, který uvede v Prohlášení, ne však dříve než od dne následujícího po dni, kdy bylo Prohlášení doručeno do ZP MV ČR.

Svůj nárok na zařazení do kategorie pojištěnce ve smyslu § 7 odst. 1 písm. k) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, uplatňuji z titulu osobní péče o toto dítě/tyto děti:

Příjmení,
jméno:Rodné
číslo:Datum
narození:Příjmení,
jméno:Rodné
číslo:Datum
narození:Příjmení,
jméno:Rodné
číslo:Datum
narození:Příjmení,
jméno:Rodné
číslo:Datum
narození:

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. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

Datum:

Podpis pojištěnce/
zplnomocněného zástupce:

Prostor pro záznamy ZP MV ČR: