

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Oznamované / nové údaje

Příjmení	Jméno	Titul (nepovinný údaj)	Telefon 1 (nepovinný údaj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail (nepovinný údaj)			Telefon 2 (nepovinný údaj)
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Korespondenční adresa (nepovinný údaj)

Ulice	Číslo popisné	Č. orientační	ID datové schránky
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSC	Obec	Stát	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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)
<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

3. Plátce pojistného (zaškrtněte variantu a vyplňte údaje)

<input type="checkbox"/> Státem hrazená kategorie (kódy viz poučení)	kód <input type="text"/>	Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pojištěnec - OSVČ	kód <input type="text"/>	Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Identifikační číslo (IČ)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/>		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
(vyplňte i část 4)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pojištěnec - OBZP (samoplátce)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
(vyplňte i část 4)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zaměstnavatel:		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Identifikační číslo (IČ)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/>		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

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

Pojistné (zálohy na pojistné) budou platit	Bankovní spojení (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)
<input type="checkbox"/> Poštovní poukázkou	<input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Převodem z účtu	Bankovní spojení: (IBAN)
	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> z dlouhodobého pobytu v cizině podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.	Dne <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> z těžiště zájmů v EU/EHP/Švýcarsku a stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem ZP MV ČR svým podpisem	
Stát pobytu v EU	Kód pojišťovny EU
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

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 (v sekci O nás) 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

<input type="text"/>	Vyplněno dne <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
Údaje ověřil (podpis)		Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

4328415489