

Žádost pojištění o udělení souhlasu s úhradou nákladů na PLÁNOVANÉ LÉČENÍ V ZAHRANIČÍ

Datum převzetí, razítka a podpis pracovníka ZP MV ČR

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	Číslo pojištění (rodné číslo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Doručovací adresa / číslo datové schránky pro účely zasilání písemností správního řízení

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

3. Žádost pojištěnce

Žádám o udělení souhlasu s úhradou nákladů plánovaného léčení v zahraničí. Požadovaný druh a předpokládaná cena zdravotních služeb, které mají být v zahraničí:

Období, v němž mají být zdravotní služby v zahraničí poskytnuty: od do

4. Údaje o poskytnutí zdravotních služeb v zahraničí

Přesný název:

Adresa:

Stát: Důvod výběru konkrétního zahraničního poskytovatele zdravotních služeb:

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou vyžádaných zdravotních služeb (případnou specifikaci důvodů přiložte k žádosti):

5. Identifikace zákonného zástupce / osoby zplnomocněné pojištěncem

Příjmení	Jméno	Datum narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (nevyplňovat, je-li přiložená plná moc)		
Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSC	Obec	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji, že jsem porozuměl(a) prohlášení podle bodu 2 Poučení k tomuto formuláři.

Datum

Osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR) a pouze pro účely správního řízení ve věci žádosti o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované léčení v zahraničí.

Dále svým podpisem potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s obsahem dokumentu „Informační memorandum GDPR“, který je k dispozici na webových stránkách pod odkazem <https://www.zpmvcr.cz/> (v sekci „O nás“). V případě zpracování žádosti na klientském pracovišti zdravotní pojišťovny mi byl dokument navíc předán v tištěné podobě.

Podpis pojištěnce, jeho zákonného zástupce
nebo osoby zplnomocněné pojištěncem

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. Osoba je zároveň účastníkem správního řízení o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované léčení v zahraničí

(vyplnit v případě, že žadatel a pojištěnec je osoba totožná).

Já, níže podepsaný(á)

Příjmení

Jméno

uděluji Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra České republiky, se sídlem Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ: 47114304 (dále jen „ZP MV ČR“), jakožto účastník správního řízení ve věci „udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované léčení v zahraničí“, pro účely komunikace v rámci tohoto správního řízení souhlas se zpracováním

Telefonu

E-mailu

(Vyplňte do příslušného pole pouze ten konkrétní údaj, s jehož zpracováním/použitím ze strany ZP MV ČR souhlasíte. Nechcete-li být touto cestou v průběhu správního řízení vůbec oslovován(a), nemusíte vyplnit žádný údaj.)

2. Osoba zastupuje na základě plné moci, která je nedílnou součástí této Žádosti, účastníka správního řízení o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované léčení v zahraničí

(vyplnit v případě, že žadatel zastupuje pojištěnce na základě plné moci, nebo je jeho zákonný zástupcem).

Já, níže podepsaný(á)

Příjmení

Jméno

uděluji Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra České republiky, se sídlem Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ: 47114304 (dále jen „ZP MV ČR“), jakožto zastupující na základě plné moci ve správním řízení ve věci „udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované léčení v zahraničí“, pro účely komunikace v rámci tohoto správního řízení souhlas se zpracováním

Telefonu

E-mailu

(Vyplňte do příslušného pole pouze ten konkrétní údaj, s jehož zpracováním/použitím ze strany ZP MV ČR souhlasíte. Nechcete-li být touto cestou v průběhu správního řízení vůbec oslovován(a), nemusíte vyplnit žádný údaj.)

Podpisem této žádosti pojištěnce, jehož jménem jsem oprávněn(a) jednat, dále potvrzuji, že veškeré údaje vztahující se k mojí osobě, které jsem uvedl(a) v této žádosti, jsou pravdivé a úplné, poskytuji je dobrovolně, vědomě a svobodně. Jsem si vědom(a) skutečnosti, že mé oprávnění jednat jménem pojištěnce jsem na požádání ZP MV ČR povinen osvědčit předložením příslušného právního titulu (dokumentu).

3. Souhrnné informace

Doba zpracování osobních údajů

Poskytnuté osobní údaje budou zpracovávány po dobu nezbytně nutnou k zajištění procesu správního řízení a doby ukončení skartačního řízení, v souladu s ustanoveními zákona č. 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, v platném znění.

Právo odvolat souhlas

Subjekt údajů má právo tento souhlas kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházející ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním. Souhlas může být odvolán stejným způsobem, jakým byl udělen.

4. Podpis pojištěnce, jeho zákonného zástupce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem

Projev vůle

Současně prohlašuji, že jsem plně porozuměl(a) výše uvedeným informacím a na základě své pravé a svobodné vůle svým podpisem jednoznačně uděluji souhlas ZP MV ČR, ke zpracování shora vymezených osobních údajů za výše uvedených podmínek.

V dne

Podpis pojištěnce, jeho zákonného zástupce
nebo osoby zplnomocněné pojištěncem