

## Žádost pojištěnce o NÁHRADU NÁKLADŮ vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka ZP MV ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe čermou 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	<b>Číslo pojištěnce (rodné číslo)</b>																				
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

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

Ulice / Číslo datové schránky		Číslo popisné	Číslo orientační																
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
PSC	Obec	Stát																	

### 3. Žádost pojištěnce

Žádám o náhradu nákladů, které jsem vynaložil(a) na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí, přičemž se jednalo o zdravotní služby, které mi byly poskytnuty (vyberte možnost A, nebo B):

**A** v důsledku **onemocnění/úrazu** během mého dočasného pobytu v (uvedte zemi ošetření)

V této souvislosti požaduji, aby výše náhrady byla určena následovně (vyberte jednu z možností):

přednostně podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, které stanoví prováděcí pravidla k nařízení k č. 883/2004, nebo podle mezinárodní smlouvy, která se vztahuje na oblast zdravotního pojištění, **dle cenových tarifů platných ve státě ošetření/léčení**. V případě, že by podle tarifů státu léčení nenáležela žádná náhrada, bude výše náhrady posouzena a určena v souladu s ustanovením § 14 odst. 2 až 4 a §14a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, tj. alespoň do výše stanovené dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

výši náhrady požaduji posoudit a určit výhradně v souladu s ustanovením § 14 odst. 2 až 4 a § 14a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění **dle tarifů uplatňovaných v českém systému** veřejného zdravotního pojištění.

**B** Plánované léčení, za jehož poskytnutím jsem **cíleně vycestoval(a)** do (uvedte zemi ošetření)

Výpočet částky náležející k náhradě závisí na druhu poskytovaných zdravotních služeb a konkrétních podmínkách stanovených příslušnými právními předpisy pro každý druh zdravotních služeb a zemi, ve které byly poskytovány.

Dále žádám, aby mi přiznaná náhrada nákladů byla převedena následujícím způsobem (vyberte jednu z možností):

bankovním spojením na číslo účtu ....., kód banky .....

poštovní poukázkou.

### 4. Identifikace zákonného zástupce / osoby zplnomocněné pojištěncem

Příjmení	Jméno	Datum narození								
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
<b>Adresa trvalého pobytu (nevyplňovat, je-li přiložená plná moc)</b>										
Ulice		Číslo popisné								
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
PSC	Obec	Stát								

### 5. 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

*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. Osoba je zároveň účastníkem správního řízení o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí**  
*(vyplnit v případě, že žadatel a pojištěnec je osoba totožná).*

Já, níže podepsaný(á)

Příjmení	Jméno
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 „náhrady nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté 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 náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí**  
*(vyplnit v případě, že žadatel zastupuje pojištěnce na základě plné moci, nebo je jeho zákonný zástupcem).*

Já, níže podepsaný(á)

Příjmení	Jméno
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 „náhrady nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté 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