

## Plná moc

k zastupování Pojištěnce při zabezpečené elektronické komunikaci se  
Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR

Já, níže podepsaný(á):

Jméno, příjmení, titul:
Číslo pojištěnce (RČ):
Datum narození:

(dále jen „Zmocnitel“)

tímto zmocňuji svého zástupce:

Jméno, příjmení, titul:
Rodné číslo:
Datum narození:

(dále jen „Zmocněnec“)

k tomu, aby Zmocnitel zastupoval moji osobu při zabezpečené elektronické komunikaci se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“), a to v plném rozsahu všech služeb, které se pojištěncům v rámci elektronické komunikace zpřístupňují.

Elektronická komunikace zahrnuje přístup k datům a informacím týkajícím se Zmocnitele, jako pojištěnce ZP MV ČR, které o něm ZP MV ČR eviduje, jako například osobní údaje, údaje vedené v registru pojištěnců, vykázanou zdravotní péči, žádost o příspěvek z Fondu prevence apod.

Tato plná moc se vystavuje na dobu neurčitou.

V.....dne.....

.....

Podpis Zmocnitele

### **Upozornění:**

Před podpisem formuláře: „Plná moc k zastupování Pojištěnce při zabezpečené elektronické komunikaci se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR“ se seznamte s poučením, které naleznete na druhé straně tohoto dokumentu.

# Poučení

Plná moc k zastupování Pojištěnce při zabezpečené elektronické komunikaci se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR (dále jen „Plná moc“) je nedílnou součástí formuláře „Čestné prohlášení k zastupování pojištěnce před Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra České republiky“ a je určena pro potřeby zajištění zastupování zletilého a svéprávného Pojištěnce jiným zletilým a svéprávným Pojištěncem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR v zabezpečené elektronické komunikaci (E-komunikace).

Upozorňujeme, že Plná moc musí být udělena na výše uvedeném formuláři (případně na dokumentu, který má údaje i obsah shodné s formulářem Plné moci na první straně) a vyžaduje úředně ověřený podpis. Důvodem požadavku na úředně ověřenou Plnou moc ze strany Zmocnitele je ochrana osobních údajů Pojištěnce.

V případě, že se Pojištěnec (Zmocnitel) osobně dostaví s dokladem totožnosti na pracoviště Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR (dále jen „Klientská centra ZP MV ČR“) a předá zaměstnanci Klientského centra ZP MV ČR řádně vyplněnou a podepsanou Plnou moc, úředně ověřený podpis Plné moci se nevyžaduje.

Seznam, včetně kontaktních údajů, Klientských center ZP MV ČR naleznete na cestě:  
<https://www.zpmvcr.cz/pracoviste>