

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)*	Příjmení*	Rodné příjmení*	Jméno*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození*	Stát trvalého pobytu*	Titul	Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bankovní číslo účtu (pro případ úhrad v rámci veřejného zdravotního pojištění)	Kód banky		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dosavadní zdravotní pojišťovna*	Kód pojišťovny*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Adresa trvalého bydliště

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktní adresa (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kategorie pojištěnce* (zatrhněte všechny kategorie, které se Vás týkají)

<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Jiná
<input type="checkbox"/> Mateřská a rodičovská dovolená	<input type="checkbox"/> Dítě	<input type="checkbox"/> Důchodce	<input type="checkbox"/> Úřad práce	<input type="text"/>

Údaje o zaměstnavateli

Název*	Adresa*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IČO*	PSC*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu*	Kód banky*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZÁSTUPCI POJIŠTĚNCE**

Datum narození*	Příjmení*	Jméno*	Stát trvalého pobytu*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlášení ZPŠ

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (dále jen Obecné nařízení) správcem osobních údajů zpracovávaných ZPŠ za účelem plnění povinností stanovených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Informace, na které má pojištěnec jakožto subjekt údajů podle Obecného nařízení právo, jsou dostupné na www.zpskoda.cz nebo na pobočkách ZPŠ.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů ZPŠ a byla mi poskytnuta veškerá sdělení podle čl. 15 - 22 a 34 Obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Datum*	Podpis pojištěnce nebo zástupce pojištěnce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC NEBO ZÁSTUPCE POJIŠTĚNCE**

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od	Razítko a podpis zaměstnance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příhláška podána dne	
<input type="text"/>	

* označené položky jsou povinné

** zástupce pojištěnce je rodič, opatrovník, poručník, zplnomocněný zástupce

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)*	Příjmení*	Rodné příjmení*	Jméno*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození*	Stát trvalého pobytu*	Titul	Pohlaví
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
E-mail	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bankovní číslo účtu (pro případ úhrad v rámci veřejného zdravotního pojištění)	Kód banky		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dosavadní zdravotní pojišťovna*	Kód pojišťovny*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Adresa trvalého bydliště

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktní adresa (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kategorie pojištěnce* (zatrhněte všechny kategorie, které se Vás týkají)

<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Mateřská a rodičovská dovolená	<input type="checkbox"/> Dítě	<input type="checkbox"/> Důchodce	<input type="checkbox"/> Úřad práce
			<input type="checkbox"/> Jiná <input type="text"/>

Údaje o zaměstnavateli

Název*	Adresa*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IČO*	PSC*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu*	Kód banky*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZÁSTUPCI POJIŠTĚNCE**

Datum narození*	Příjmení*	Jméno*	Stát trvalého pobytu*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlášení ZPŠ

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (dále jen Obecné nařízení) správcem osobních údajů zpracovávaných ZPŠ za účelem plnění povinností stanovených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Informace, na které má pojištěnec jakožto subjekt údajů podle Obecného nařízení právo, jsou dostupné na www.zpskoda.cz nebo na pobočkách ZPŠ.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů ZPŠ a byla mi poskytnuta veškerá sdělení podle čl. 15 - 22 a 34 Obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Datum*	Podpis pojištěnce nebo zástupce pojištěnce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od	Razítko a podpis zaměstnance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příhláška podána dne	
<input type="text"/>	

* označené položky jsou povinné

** zástupce pojištěnce je rodič, opatrovník, poručník, zplnomocněný zástupce

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)*	Příjmení*	Rodné příjmení*	Jméno*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození*	Stát trvalého pobytu*	Titul	Pohlaví
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
E-mail	Telefon		<input type="text"/>
Bankovní číslo účtu (pro případ úhrad v rámci veřejného zdravotního pojištění)	Kód banky		<input type="text"/>
Dosavadní zdravotní pojišťovna*	Kód pojišťovny*		<input type="text"/>

Adresa trvalého bydliště

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktní adresa (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)

Ulice*	Číslo popisné/orientační*	PSC*	Obec*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kategorie pojištěnce* (zatrhněte všechny kategorie, které se Vás týkají)

<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Jiná
<input type="checkbox"/> Mateřská a rodičovská dovolená	<input type="checkbox"/> Dítě	<input type="checkbox"/> Důchodce	<input type="checkbox"/> Úřad práce	<input type="text"/>

Údaje o zaměstnavateli

Název*	Adresa*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IČO*	PSC*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu*	Kód banky*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZÁSTUPCI POJIŠTĚNCE**

Datum narození*	Příjmení*	Jméno*	Stát trvalého pobytu*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlášení ZPŠ

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (dále jen Obecné nařízení) správcem osobních údajů zpracovávaných ZPŠ za účelem plnění povinností stanovených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Informace, na které má pojištěnec jakožto subjekt údajů podle Obecného nařízení právo, jsou dostupné na www.zpskoda.cz nebo na pobočkách ZPŠ.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů ZPŠ a byla mi poskytnuta veškerá sdělení podle čl. 15 - 22 a 34 Obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Datum*	Podpis pojištěnce nebo zástupce pojištěnce*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od	Razítko a podpis zaměstnance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příhláška podána dne	
<input type="text"/>	

* označené položky jsou povinné

** zástupce pojištěnce je rodič, opatrovník, poručník, zplnomocněný zástupce