

1 Povinné osobní údaje**Základní osobní údaje**

Jméno	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce (rodné číslo)	<input type="text"/>	Státní příslušnost	<input type="text"/>		
Datum narození	<input type="text"/>	Pohlaví	<input type="text"/>		

Zákonný zástupce

Jméno	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Číslo zástupce (rodné číslo)	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>		

Kontaktní adresa (adresa trvalého pobytu bude použita z Centrálního registru obyvatel)

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

Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Státní:	<input type="checkbox"/> dítě	<input type="checkbox"/> mateřská dovolená
				<input type="checkbox"/> důchodce	<input type="checkbox"/> nezaměstnaný

Bankovní spojení u OSVČ

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

2 Nepovinné osobní údaje

E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Bankovní číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Dosavadní zdravotní pojišťovna	<input type="text"/>		

Důvod změny zdravotní pojišťovny (zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> doporučení lékaře	<input type="checkbox"/> doporučení zaměstnavatele	<input type="checkbox"/> marketingové akce OZP
<input type="checkbox"/> doporučení známých	<input type="checkbox"/> doporučení pracovníka OZP	<input type="checkbox"/> benefity OZP

Prohlášení a zplnomocnění

Prohlašuji, že všechny osobní údaje uvedené na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji též svoji vůli stát se pojištěncem OZP. Svým podpisem dále žádám o přihlášení k OZP a zmocňuji Ing. Miloše Peška, obchodního ředitele, aby za mě podepsal přihlášku k OZP a podal ji OZP tak, aby ke změně mé zdravotní pojišťovny došlo v nejbližším možném termínu podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění. V zájmu rychlého vyřízení změny mé zdravotní pojišťovny souhlasím, aby můj zástupce případně pověřil dalšího zástupce.

Datum	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------

Vyplní OZP

1 Poučení klienta u povinných osobních údajů

Osobní údaje uvedené na této přihlášce jako "povinné" budou zpracovány Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, IČO: 47114321, se sídlem Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka A 7232, (dále jen "OZP"), za účelem řádného provádění veřejného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění. Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů jsou: dpo@ozp.cz, kontaktní adresa: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4. Osobní údaje budou uloženy u OZP po dobu trvání pojistného vztahu pojištěnce a OZP a dále po dobu nezbytně nutnou.

Pojištěnec má právo požadovat od OZP přístup k osobním údajům týkajícím se pojištěnce a požadovat informace podle ustanovení článku 15 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), (dále jen "nařízení"), jejich opravu ve smyslu článku 16 nařízení, popřípadě omezení zpracování podle článku 18 nařízení, a vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení, jakož i právo na přenositelnost údajů podle článku 20 nařízení. Pojištěnec má dále právo podat stížnost u dozorového orgánu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů. Poskytování osobních údajů je zákonným požadavkem a pojištěnec je povinen za daným účelem osobní údaje poskytnout (v opačném případě nebude možné ze strany OZP dostat legislativnímu účelu zpracování). Pojištěnec si je vědom svého práva na to, aby OZP bez zbytečného odkladu opravila nepřesné osobní údaje a též práva na doplnění neúplných osobních údajů.

2 Souhlas klienta u nepovinných osobních údajů

Já, níže podepsaný, dávám tímto svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný souhlas se zpracováním mých osobních údajů v "nepovinném" rozsahu email, telefon, bankovní spojení (kromě pojištěnce OSVČ, kde je uvedení tohoto osobního údaje povinné), údaje o dosavadní zdravotní pojišťovně a důvodu změny zdravotní pojišťovny, a to pro účely evidenční, kontaktování mé osoby s nabídkou využití preventivních programů OZP, portálu VITAKARTA ONLINE a pro účely jiných marketingových akcí. Současně uděluji OZP souhlas s provedením monitorovaného verifikačního hovoru, a to výhradně za účelem potvrzení mého zájmu o změnu zdravotní pojišťovny, s tím, že souhlas podle této věty uděluji na dobu jednoho roku od podpisu tohoto souhlasu a poučení níže. Jsem si vědom svého práva svůj souhlas kdykoli odvolat, a to písemně na adrese OZP: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4. Výše uvedené osobní údaje budou na základě mého souhlasu zpracovány OZP. Osobní údaje budou uloženy u OZP po dobu trvání pojistného vztahu pojištěnce a OZP a dále po dobu nezbytně nutnou.

Mám práva uvedená výše v poučení subjektu údajů pod bodem 1. a dále mám právo na výmaz osobních údajů ve smyslu článku 17 nařízení, právo vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení (pokud vnesu námitku proti zpracování pro účely přímého marketingu, nebudou již osobní údaje pro tyto účely zpracovány). Poskytování osobních údajů je dobrovolné, nejsem povinen dotčené osobní údaje poskytnout.

Datum

Podpis