

ŽÁDÁM O VÝPIS Z OSOBNÍHO ÚČTU (DÁLE JEN „VÝPIS“) POJIŠTĚNCE:

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Způsob předání výpisu (zaškrtněte/uveďte):

 výpis si převezmu osobně výpis zašlete na adresu trvalého pobytu výpis zašlete na adresu faktického bydliště (adresu pro doručování), kterou evidujete v informačním systému Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky

Upozornění: V případě, že se nezdržujete v místě trvalého pobytu a dosud jste nám nenahlásil(a) adresu Vašeho faktického bydliště (adresu pro doručování), učiňte tak, prosím, na přílušném formuláři „Oznámení pojištěnce o změně údajů“.

Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Pojištěnec bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

PROHLÁŠENÍ:

Jsem si vědom(a) skutečnosti, že dle § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. je zdravotní pojišťovna povinna na vyžádání pojištěnce písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout **jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách uhrazených za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců** včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a uvedeného zákona a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Současně jsem si vědom(a) toho, že jiná období výpisu mohou osobně projednat na pobočce ZP MV ČR.

Svým podpisem beru na vědomí, že výpis je zasílán v zásilce do vlastních rukou.

Jedná-li jménem pojištěnce zástupce:

Svým podpisem dále potvrzuji, že jsem si vědom skutečnosti, že výpis z osobního účtu pojištěnce mi může být poskytnut pouze v případě, že oprávnění jednat jménem pojištěnce ZP MV ČR prokáži a vyplním současně tiskopis „Čestné prohlášení k zastupování pojištěnce před ZP MV ČR“.

Požaduji výpis pouze za stomatologické výkony a výrobky (v případě Vašeho zájmu zaškrtněte)

V:

Dne:

Podpis pojištěnce/zástupce:

Identifikace zástupce:

Příjmení, jméno:

Datum narození:

POTVRZENÍ PŘI OSOBNÍM PŘEVZETÍ:

Osobní doklad pojištěnce/doklady k zastupování ověřil:

Výpis za rok:

převzal dne:

Podpis pojištěnce/zástupce: