



INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Prohlašuji, že ve smyslu § 7 odst.1 písm. j) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jsem (zaškrtněte):

dosáhl(a) věku potřebného pro nárok na starobní důchod dle předpisů České republiky, ale nesplnil(a) jsem další podmínky pro jeho přiznání, což dokládám rozhodnutím ČSSZ, resp. příslušného orgánu sociálního zabezpečení, ze dne

osobou invalidní ve třetím stupni, ale nesplnil(a) jsem další podmínky pro přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně dle předpisů České republiky, což dokládám posudkem o invaliditě ze dne

Svým podpisem dále stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že osobou dle § 7 odst.1 písm. j) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a tedy **pojištěncem, za kterého hradí zdravotní pojištění stát, mohu být pouze v případě, pokud:**

- nemám žádné příjmy ze zaměstnání ani ze samostatné výdělečné činnosti,

a současně

- nepobírám žádný důchod z ciziny, nebo pobírám, avšak tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy. Důchod z ciziny, který je mi vyplácen ze státu , činí , nárok na jeho výplatu dokládám v příloze.

Svým podpisem dále stvrzuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a ZP MV ČR bezodkladně oznámím jakoukoliv změnu výše uvedených skutečností. Jsem si vědom(a) toho, že nesplnění oznamovací povinnosti může být sankcionováno.

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).

Počet příloh:

Datum:

podpis pojištěnce/zplnomocněného zástupce

Prostor pro záznamy ZP MV ČR: