VoZP | VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ЗАЯВА ВІЙСЬКОВА МЕДИЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ ЧЕСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ (Přihláška)

БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНЮЙТЕ ЛАТИНСЬКИМИ ЛІТЕРАМИ (Vyplňte prosím latinkou)

1. ОСНОВНІ ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ДАНІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ
(Základní identifikace pojištěnce)

ТИТУЛ (Titul):

ІМ'Я (Jméno):

ПРІЗВИЩЕ (Příjmení):

ДІВОЧЕ ПРІЗВИЩЕ (Rodné příjmení):

ДАТА НАРОДЖЕННЯ (Datum narození):

НОМЕР ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ* (Číslo pojištěnce):

**під час першої реєстрації з медичного страхування в ЧР не заповнюйте, номер буде для Вас згенерований*

2. АДРЕСА МІСЦЯ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ
(Adresa trvalého pobytu)

ГРОМАДЯНСТВО: (Státní příslušnost)

ВУЛИЦЯ (Ulice):

НОМЕР БУДИНКУ/ОРІЄНТАЦІЙНИЙ НОМЕР (Číslo popisné / číslo orientační):

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС (PSČ):

НАСЕЛЕНИЙ ПУНКТ (Obec):

КРАЇНА (Stát):

3. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (Zákonný zástupce pojištěnce)

ТИТУЛ (Titul):

ІМ'Я (Jméno):

ПРІЗВИЩЕ (Příjmení):

ДАТА НАРОДЖЕННЯ (Datum narození):

ГРОМАДЯНСТВО (Státní příslušnost):

НОМЕР ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА* (Číslo pojištěnce zákonného zástupce):

**під час першої реєстрації з медичного страхування в ЧР не заповнюйте, номер буде для Вас згенерований*

4. АДРЕСА ДЛЯ ВРУЧЕННЯ КОРЕСПОНДЕНЦІЇ (АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ) ТА ІНШІ КОНТАКТНІ ДАНІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)
Adresa pro doručování (korespondenční adresa) a ostatní kontaktní údaje pojištěnce (zákonného zástupce)

ГРОМАДЯНСТВО (Státní příslušnost):

ВУЛИЦЯ (Ulice):

НОМЕР БУДИНКУ/ОРІЄНТАЦІЙНИЙ НОМЕР (Číslo popisné / číslo orientační):

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС (PSČ):

НАСЕЛЕНИЙ ПУНКТ (Obec):

КРАЇНА (Stát):

E-MAIL:

ТЕЛЕФОН (Telefon):

5. КАТЕГОРІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ
(Kategorie pojištěnce)

☐ Платником страхових внесків є ДЕРЖАВА (Plátcem pojistného je STÁT)

☐ Платником страхових внесків є РОБОТОДАВЕЦЬ (Plátcem pojistného je ZAMĚSTNAVATEL)

6. КОД І НАЗВА НИНІШНЬОЇ МЕДИЧНОЇ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ В ЧР
(Kód a název dosavadní zdravotní pojišťovny v ČR)

КОД (Kód):

НАЗВА МЕДИЧНОЇ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ (Název zdravotní pojišťovny):

7. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ОБРОБКИ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ (Informace ke zpracování osobních údajů)

Інформація щодо обробки персональних даних наведена в пам'ятці до цього бланка та на веб-сайті www.vozp.cz
(Informace ke zpracování osobních údajů jsou uvedeny v poučení k tomuto formuláři a na webových stránkách www.vozp.cz)

Дата заповнення
(Vyplněno dne)

Підпис застрахованої особи (законного представника)
Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ЗАЯВА

ВІЙСЬКОВА МЕДИЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ ЧЕСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

ПАМ'ЯТКА ДО БЛАНКА ЗАЯВИ

Бланк використовується під час реєстрації в медичній страховій компанії, для повідомлення персональних даних, адрес, способу сплати страхових внесків, ідентифікації платника страхових внесків та для повідомлення про можливі зміни цих даних. Бланк призначений для виконання обов'язку щодо повідомлення, які покладені на страхувальника згідно з положеннями § 12 літ. a) та k) Закону № 48/1997 Зб. зак. «Про державне медичне страхування».

Платник страхових внесків – держава

A Дитина до закінчення обов'язкової школи

B Дитина, яка продовжує перебувати на утриманні після закінчення обов'язкової школи (учень, студент або дитина, яка не може навчатися, вчитися або приступити до роботи через поганий стан здоров'я)

C Отримувач пенсії з чеського фонду пенсійного страхування

D Особи віком понад 26 років, які навчаються в докторантурі

E Жінка у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами і особа у відпустці по догляду за дитиною; особа, яка отримує грошову допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з нормативними актами про страхування на випадок хвороби; одержувач батьківської допомоги

G Претендент на працевлаштування на обліку служби зайнятості

H Особи, які отримують грошову допомогу через тяжке матеріальне становище, та особи, які розглядаються разом з ними

I Особи, які перебувають під опікою (піклуванням) іншої особи II ступеня (помірно важка залежність), III ступеня (важка залежність) або IV ступеня (повна залежність); особи, які доглядають за цими особами, та особи віком до 10 років, які перебувають під опікою (піклуванням) іншої особи I ступеня

K Особа, яка перебуває під вартою, відбуває покарання у вигляді позбавлення волі, щодо якої застосований запобіжний захід

L Особа, яка особисто та належним чином здійснює догляд принаймні за однією дитиною віком до 7 років або щонайменше за двома дітьми віком до 15 років, якщо вона не має доходу від працевлаштування або самозайнятості

M Одержувач пенсії з накопичень системи додаткового пенсійного страхування

N Особа, яка досягла віку, необхідного для отримання пенсії за віком, але не відповідає іншим умовам для її призначення та не має доходу від працевлаштування або самозайнятості, а пенсія з-за кордону не перевищує мінімальної заробітної плати

O Особа, яка отримує виплати за медичним страхуванням, не є платником страхових внесків як найманий працівник або як самозайнята особа, і держава не є платником страхових внесків за нього з інших причин

T Особа, яка здійснює довгострокову волонтерську діяльність на підставі договору з організацією, що його відряджає, якщо волонтер не є платником страхового внеску як найманий працівник або як самозайнята особа, і держава не є платником страхових внесків за нього з інших причин

U Неповнолітня особа, поміщена до шкільного закладу для здійснення інституційного догляду або захисного виховання

V Іноземці, які мають право перебувати в ЧР з метою надання тимчасового захисту, заявники на міжнародний захист, толерантне перебування

W Подружжя або зареєстровані партнери державних службовців, відряджених за кордон

Про обставини, що мають вирішальне значення для виникнення або припинення обов'язку держави зі сплати страхових внесків, страхувальник зобов'язаний повідомити протягом 8 днів. За працевлаштованих осіб цей обов'язок виконує роботодавець, якщо ці обставини йому відомі.

Платник страхових внесків – роботодавець (сплачує частину страхових внесків і за працівника)

Працівником вважається фізична особа, яка отримує або повинна отримувати дохід від залежної діяльності або виконання функціональних обов'язків відповідно до § 6 Закону «Про податок з доходів». Працівник зобов'язаний негайно повідомити про працевлаштування або припинення трудових відносин, якщо виявить, що його роботодавець не повідомив про це.

Платником страхового внеску є застрахований – самозайнята особа

Про початок або закінчення самозайнятості страхувальник зобов'язаний повідомити протягом 8 днів.

Платником страхового внеску є застрахований – особа без оподатковуваного доходу

Про те, що страхувальник став особою без оподатковуваного доходу, необхідно повідомити протягом 8 днів.

Адреса для вручення кореспонденції

Страхувальник зобов'язаний повідомити адресу для вручення кореспонденції, а саме у випадку, коли страхувальник не перебуває постійно за адресою місця постійного проживання.

Зміна медичної страхової компанії

Застрахована особа має право вибирати медичну страхову компанію згідно з § 11 абз. 1 літ. a) Закону № 48/1997 Зб. зак. «Про державне медичне страхування». Відповідно до § 11a абз. 1 Закону № 48/1997 Зб. зак. «Про державне медичне страхування», заяву про зміну медичної страхової компанії можна подати лише один раз на календарний рік, а саме в період від 01.01. до 31.03. або від 01.07. до 30.09. Можливі наступні заяви більше не будуть розглядатися, навіть якщо вони будуть подані протягом зазначеного терміну.

Зміна страхової компанії/даних

Зазначається дата, з якої особа буде зареєстрована в ВМСК ЧР, або дата, з якої відбулися зміни.

Інформація щодо обробки персональних даних:

Персональні дані, вказані в цій заяві, обробляються Військовою медичною страховою компанією Чеської Республіки (далі — «ВМСК ЧР») на законних підставах відповідно до Закону № 110/2019 Зб. зак. «Про обробку персональних даних» та РЕГЛАМЕНТУ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПАРЛАМЕНТУ І РАДИ (ЄС) 2016/679 «Про захист фізичних осіб у зв'язку з обробкою персональних даних і про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95 /46/ЕС (загальна директива про захист персональних даних), а саме лише для цілей належного впровадження державного медичного страхування на підставі Закону № 48/1997 Зб. зак. «Про державне медичне страхування». Персональні дані — телефон, e-mail опрацьовуються ВМСК ЧР на підставі законних інтересів відповідно до Закону № 110/2019 Зб. зак. «Про обробку персональних даних» та РЕГЛАМЕНТУ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПАРЛАМЕНТУ І РАДИ (ЄС) 2016/679 «Про захист фізичних осіб у зв'язку з обробкою персональних даних і про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95 /46/ЕС (загальна директива про захист персональних даних).

Інформацію про захист персональних даних можна знайти на веб-сайті www.vozp.cz