

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)			
ІМ'Я (Jméno):	ПРИЗВИЩЕ (Příjmení):	НОМЕР ПАСПОРТА (Číslo pasu):	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ (Datum narození):		НОМЕР ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ* (Číslo pojištění): *під час першої реєстрації з медичного страхування в ЧР не заповнюйте, номер буде для Вас згенерований	
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА (E-mail):		ТЕЛЕФОН (Telefon):	
2. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ДИТИНИ ДО 18 РОКІВ (Zákonný zástupce dítěte do 18 let)			НОМЕР ПАСПОРТА (Číslo pasu):
ІМ'Я (Jméno):	ПРИЗВИЩЕ (Příjmení):	ДАТА НАРОДЖЕННЯ (Datum narození):	
ГРОМАДЯНСТВО (Státní příslušnost):	НОМЕР ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА* (Číslo pojištění zákonného zástupce):	*під час першої реєстрації з медичного страхування в ЧР не заповнюйте, номер буде для Вас згенерований	
3. АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ В ЧЕХІЇ (Adresa bydliště v Česku)			
ВУЛИЦЯ (Ulice):		НОМЕР БУДИНКУ/ОРІЄНТАЦІЙНИЙ НОМЕР (Číslo popisné / číslo orientační):	
ПОШТОВИЙ ІНДЕКС (PSČ):	НАСЕЛЕНИЙ ПУНКТ (Obec):		
4. ХТО БУДЕ СПЛАЧУВАТИ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ після закінчення можливого захисного терміну (Kdo bude platit zdravotní pojištění po uplynutí případné ochranné lhůty)	☐ Я буду платити як самоплатець Bude platit jako samoplátce (OBZP) ☐ Я буду платити як підприємець Bude platit jako samoplátce (OSVČ) ☐ Платить мій роботодавець Bude platit můj zaměstnavatel		
	☐ Платить держава Bude platit stát ☐ дитина до 18 років (dítě do 18 let) ☐ студенти до 26 років (student do 26 let) ☐ пенсіонери старше 65 років (senior nad 65 let)		
	☐ безробітні, зареєстровані в центрі зайнятості (nezaměstnaný na ÚP) ☐ інший варіант – введіть код (jiná možnost – viz 2. strana) зі списку на зворотному боці		
5. ВАША ПОТОЧНА МЕДИЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ В ЧЕХІЇ. ЗАПОВНІТЬ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, ЯКЩО ВИ ВЖЕ МАЄТЕ МЕДИЧНУ СТРАХОВКУ В ЧР (Vaše dosavadní zdravotní pojišťovna. Vyplňte, pokud již jste v ČR zdravotně pojištěn/a)			
НАЗВА МЕДИЧНОЇ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ (Název zdravotní pojišťovny):			
6. 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)			
☐ Я не погоджуюся на фотокопії моїх особистих документів у зв'язку з цією заявкою. (Nesouhlasím s tím, aby v souvislosti s podáním této přihlášky byly pořízeny fotokopie mých osobních dokladů.)			

Своїм підписом підтверджую, що я усвідомлюю той факт, що якщо ця заява страхувальника подається в період з 1 квітня по 30 червня, вона набирає чинності з 1 липня того ж року, а зміна медичної страхової компанії відбудеться з 1 січня наступного року. Якщо ця заява подається в період з 1 жовтня по 31 грудня, вона набирає чинності з 1 січня наступного року, а зміна медичної страхової компанії відбудеться 1 липня наступного року. (Svým podpisem stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že je-li tato přihláška pojištění podána v období od 1. dubna do 30. června, nastanou účinky podání dnem 1. července téhož roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. lednu následujícího roku. Je-li tato přihláška podána v období od 1. října do 31. prosince, nastanou účinky podání dnem 1. ledna následujícího roku a změna zdravotní pojišťovny proběhne k 1. červenci následujícího roku.)

Дата заповнення
(Vyplněno dne)

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



Платник страхових внесків – держава

КОД

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, 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. а) Закону № 48/1997 Зб. зак. «Про державне медичне страхування». Відповідно до § 11а 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.

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/ЄС (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/ЄС (загальна директива про захист персональних даних).

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