

Identifikační údaje

Jméno a příjmení	Číslo pojistěnce (rodné číslo)
------------------	-----------------------------------

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení	Číslo zástupce (rodné číslo)
------------------	---------------------------------

Kontaktní adresa (pokud se liší od adresy trvalého pobytu)

Ulice	Číslo popisné/orientační
Obec	PSČ
Telefon	E-mail

Pobírání invalidního důchodu/uznání invalidity

- Jsem poživitelem invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně (a **dokládám** tuto skutečnost **kopíi příslušného rozhodnutí**)
- Již nejsem poživitelem invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně (a **dokládám** tuto skutečnost **kopíi příslušného rozhodnutí**)
- Jsem uznán(a) invalidní(m) ve druhém nebo třetím stupni, avšak mi nebyl přiznán invalidní důchod pro nesplnění podmínky doby pojištění (a **dokládám** tuto skutečnost **kopíi příslušného posudku** o posouzení zdravotního stavu)
- Již nejsem uznán(a) invalidní(m) ve druhém nebo třetím stupni (a **dokládám** tuto skutečnost **kopíi příslušného posudku** o posouzení zdravotního stavu)

Doplatek požaduji vrátit

- převodem na účet
- poštovní poukázkou (Poštovní poukázka bude zaslána na kontaktní adresu, nebo na adresu trvalého pobytu uvedenou v Centrálním registru obyvatel, není-li kontaktní adresa uvedena).

Pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně **je třeba doložit kopíi příslušného rozhodnutí**, uznanou invaliditu druhého nebo třetího stupně **kopíi příslušného posudku o posouzení zdravotního stavu**. Bez doložení těchto dokladů, nemá pojistěnce nárok na úhradu doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném od 1. 1. 2020.

Počet přiložených příloh

Beru na vědomí, že

- pokud oznamuji tímto formulářem a dokládám OZP, že jsem poživitelem invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, vzniká mi dle § 12 písm. n) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném od 1. 1. 2020, **povinnost oznámit OZP do 8 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí, skutečnost, že jsem přestal(a) být poživitelem tohoto důchodu a tuto skutečnost doložit kopíi příslušného rozhodnutí.**
- pokud oznamuji tímto formulářem a dokládám OZP, že jsem uznán(a) invalidní(m) ve druhém nebo třetím stupni, avšak mi nebyl přiznán invalidní důchod pro nesplnění podmínky doby pojištění, vzniká mi dle § 12 písm. o) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném od 1. 1. 2020, **povinnost oznámit OZP změnu této skutečnosti, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o této změně dozvěděl(a), a doložit ji kopíi příslušného posudku o posouzení zdravotního stavu.**

Informace týkající se zpracování osobních údajů

Výše uvedené osobní údaje budou zpracovány Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, se sídlem Praha 4, Roškotova 1225/1, PSČ 140 21, IČO: 471 14 321, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka A 7232, (dále jen "OZP"), výhradně za účelem evidence, zpracování a vyřízení tohoto oznámení. Osobní údaje v rozsahu telefon a email budou OZP použity pouze za účelem operativní komunikace s Vámi, coby pojistěncem, v případě nejasností a/nebo vad Vašeho oznámení. Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů OZP jsou: adresa - Praha 4, Roškotova 1225/1, PSČ 140 21, email - dpo@ozp.cz.

Výše uvedené osobní údaje budou zpracovány jako nezbytné pro splnění právní povinnosti, která se na OZP vztahuje podle ustanovení článku 6 odst. 1 písm. c) 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"). Osobní údaje budou uloženy u OZP po dobu trvání pojistného vztahu Vás, coby pojistěnce, a OZP a dále po dobu nezbytně nutnou. Poskytnutí osobních údajů je ve smyslu ustanovení článku 13 odst. 2 písm. e) nařízení nutné za účelem splnění zákonných povinností ze strany OZP ve vztahu k Vám. Pokud OZP osobní údaje neposkytnete, nebude možné provést řádně úhradu doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle ustanovení § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Máte právo

- požadovat od OZP přístup k osobním údajům a požadovat informace podle ustanovení článku 15 nařízení,
- jejich opravu ve smyslu článku 16 nařízení, popřípadě
- omezení zpracování podle článku 18 nařízení,
- podat stížnost u dozorového orgánu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů.
- OZP je bez zbytečného odkladu povinná opravit nepřesné osobní údaje a též doplnit neúplné osobní údaje (k tomu se zavazujete poskytnout OZP nezbytnou součinnost, zejména oznámit jakékoli změny Vašich osobních údajů).

Dále máte právo

- vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení.

Pokud je pravděpodobné, že určitý případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob, OZP oznámí toto porušení bez zbytečného odkladu Vám, coby subjektu údajů.

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl na oznámení změn skutečností pro úhradu doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jsou pravdivé a úplné.

Datum	Podpis
-------	--------