

1 Základní osobní údaje**Identifikační osobní údaje**

Jméno	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce / rodné číslo	<input type="text"/>	Státní příslušnost	<input type="text"/>		
Datum narození	<input type="text"/>	Pohlaví (zaškrtněte)	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	

Adresa trvalého pobytu (vyplňte v případě, že máte na území České republiky trvalý pobyt)

Ulice	<input type="text"/>	Číslo popisné/orientační	<input type="text"/>
Obec	<input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>

Zákonný zástupce

Jméno	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce / rodné číslo	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>		

Kontaktní adresa

Ulice	<input type="text"/>	Číslo popisné/orientační	<input type="text"/>
Obec	<input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>

Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Státní:	<input type="checkbox"/> dítě / student	<input type="checkbox"/> mateřská dovolená
				<input type="checkbox"/> důchodce	<input type="checkbox"/> evidence ÚP
<small>V případě výběru státní kategorie prosíme o doložení potvrzení.</small>					

Údaje o OSVČ

IČO	<input type="text"/>	Číslo účtu pro platby pojistného	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
-----	----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------	----------------------

Dosavadní zdravotní pojišťovna v zahraničí

Název pojišťovny v zahraničí	<input type="text"/>				
Stát pojištění	<input type="text"/>	Číslo pojištěnce v zahraničí	<input type="text"/>		

2 Kontakty pro elektronickou komunikaci

E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------

Prohlášení

Prohlašuji, že všechny osobní údaje uvedené na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji též svoji vůli stát se pojištěncem OZP.

Datum	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------

Vyplní OZP**1 Informace o zpracování osobních údajů**

Správce Vašich osobních údajů je **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**, IČO: 471 14 321, se sídlem Praha 4, Roškotova 1225/1, PSČ 140 00, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka A 7232, (dále jen „OZP“). Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů OZP jsou: e-mail: dpo@ozp.cz, telefon: 261 105 196, adresa sídla OZP.

Účelem zpracování osobních údajů je **provádění veřejného zdravotního pojištění** na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění, a zákona 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění. Právním základem zpracování je článek 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“), jedná se o zpracování osobních údajů, které je nezbytné pro splnění právní povinnosti, která se na OZP, jakožto zdravotní pojišťovnu, vztahuje.

Poskytnutí základních osobních údajů je zákonným požadavkem a pojištěnec je povinen za daným účelem osobní údaje poskytnout (v opačném případě nebude možné ze strany OZP dostát legislativnímu účelu zpracování). Poskytnutí údajů podle bodu č. 2. na přední straně je dobrovolné a slouží k zajištění efektivní komunikace mezi Vámi a OZP. OZP Vám také může zasílat informace a novinky o své činnosti a službách zaměřených na podporu Vašeho zdraví. OZP Vaše osobní údaje uchovává po dobu trvání pojistného vztahu a dále po dobu 10 let od ukončení pojištění, resp. od vyrovnání všech vzájemných závazků, a dále po dobu nezbytně nutnou pro účely evidence hrazených zdravotních služeb.

V případě, že OZP poskytnete svůj e-mail a číslo mobilního telefonu, OZP Vám zdarma zřídí přístup do zabezpečeného portálu VITAKARTA, kde máte k dispozici dálkový přístup k Vašemu osobnímu účtu s údaji o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění podle § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Tento portál slouží i jako komunikační kanál s OZP a můžete skrze něj například čerpat benefity poskytované ze strany OZP. Přístupové údaje jsou dočasné, aktivace přístupu z Vaší strany je zcela dobrovolná. Současně s tím můžete tuto službu využít i pro osoby, jejichž jste zákonným zástupcem. Služby našeho portálu VITAKARTA jsou zdarma.

Máte **právo** požadovat od OZP přístup k osobním údajům a informace podle článku 15 nařízení, právo na opravu (doplnění) osobních údajů podle článku 16 nařízení nebo výmaz z důvodů uvedených v článku 17 nařízení, popřípadě omezení zpracování podle článku 18 nařízení, máte právo vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení, jakož i právo podat stížnost u dozorového orgánu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů. Pokud je pravděpodobné, že určitý případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob, OZP Vám oznámí toto porušení bez zbytečného odkladu.

OZP je oprávněna využít Vaše jméno, příjmení, adresu a elektronické kontaktní údaje za účelem zasílání informací a novinek o své činnosti a službách zaměřených na podporu Vašeho zdraví na základě **oprávněného zájmu** podle článku 6 odst. 1 písm. f) nařízení. Kdykoli máte právo **vznést námitku** proti tomuto využití Vašich osobních údajů, na jejímž základě OZP již nebude Vaše osobní údaje pro tento účel zpracovávat. Důvod změny zdravotní pojišťovny OZP využívá k hodnocení efektivnosti své propagační činnosti a případné nabídky svých akcí na podporu zdraví lékařům a zaměstnavatelům. Stejně tak z důvodu oprávněného zájmu na ochranu Vašich osobních údajů proti zneužití Vás OZP požádá o provedení monitorovaného verifikačního hovoru výhradně za účelem potvrzení Vašeho zájmu o změnu zdravotní pojišťovny.

2 Souhlas se zasíláním nabídek produktů a služeb partnerů OZP na podporu Vašeho zdraví

V souladu s článkem 6 odst. 1. písm. a) nařízení můžete níže udělit svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný souhlas se zpracováním svých osobních údajů v rozsahu jméno, příjmení, adresa a elektronické kontaktní údaje za účelem zasílání nabídek produktů a služeb smluvních partnerů OZP uvedených na webových stránkách OZP www.ozp.cz. Nabídky se týkají podpory Vašeho zdraví. Udělení souhlasu je dobrovolné a nemá žádný vliv na vztah mezi Vámi a OZP. Nad rámec práv uvedených výše máte právo svůj souhlas kdykoli odvolat, a to písemně na adrese OZP: Roškotova 1225/1, 140 00 Praha 4 nebo na adrese dpo@ozp.cz, a právo na přenositelnost osobních údajů podle článku 20 nařízení.

 Souhlasím

*Další informace o zpracování osobních údajů jsou k dispozici na webových stránkách OZP www.ozp.cz (v sekci **Informace** • **Ochrana osobních údajů**).*