



Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu
Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej aj ako „VŠZP“)

vznik poistenia zmena ZP

Prihláška poistenca

1. POISTENEC

Priezvisko	Meno	Titul pred menom	Titul za menom
Rodné priezvisko	Dátum narodenia	Rodné číslo	Pohlavie M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Adresa trvalého pobytu / u cudzinca adresa trvalého pobytu v cudzine			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Adresa prechodného pobytu			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Trvalý/prechodný pobyt na území SR	od	do	Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
			Štátna príslušnosť
Číslo bankového účtu IBAN			
Predčíslenie	Číslo účtu	Kód banky	

2. PLATITEĽ POISTNÉHO

Zamestnávateľ a zamestnanec SZČO Samoplátiteľ Štát^{2a} Druh dôchodku^{2b}

3. ĎALŠIE ÚDAJE

Príslušná ZP^{3a} Poistenec podľa § 3^{3b} Príchod z cudziny (kód štátu)

4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

Poistenec podľa § 6 ods. 4

Meno a priezvisko / názov a právna forma	Rodné číslo / IČO
Adresa trvalého pobytu / sídlo	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Adresa prechodného pobytu	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Štátna príslušnosť	Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
	Zdravotná poisťovňa matky (iba v prípade novorodencov) ^{3a} <input type="checkbox"/>

5. KONTAKTNÉ ÚDAJE

Telefón Mobil E-mail

POTVRDENIE POISTENCA

Dátum podania prihlášky Čas podania
Dátum vzniku poistenia

VŠZP ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje dotknutej osoby v rozsahu podľa osobitných právnych predpisov (zákon č. 580/2004 Z. z., zákon č. 581/2004 Z. z.) a v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES.

podpis poistenca/zákonného zástupcu*

POTVRDENIE POISŤOVNE

Dátum prijatia prihlášky Čas prijatia

Overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a:

Meno, priezvisko a podpis zamestnanca VŠZP

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla v prihláške poistenca, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP.

Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedeny účel nie je povinné.

súhlasím nesúhlasím

Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky.

Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na www.vszp.sk/ouu a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

v _____ dňa _____

podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby*

osobitné záznamy poisťovne



Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu
Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej aj ako „VŠZP“)

vznik poistenia zmena ZP

Prihláška poistenca

(doklad o prijatí)

1. POISTENEC

Priezvisko	Meno	Titul pred menom	Titul za menom
Rodné priezvisko	Dátum narodenia	Rodné číslo	Pohlavie M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Adresa trvalého pobytu / u cudzinca adresa trvalého pobytu v cudzine			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Adresa prechodného pobytu			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			
Ulica		Číslo	
Obec	PSČ	Štát	
Trvalý/prechodný pobyt na území SR	od	do	Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
			Štátna príslušnosť
Číslo bankového účtu IBAN			
Predčíslenie	Číslo účtu	Kód banky	

2. PLATITEĽ POISTNÉHO

Zamestnávateľ a zamestnanec SZČO Samoplátiteľ Štát^{2a} Druh dôchodku^{2b}

3. ĎALŠIE ÚDAJE

Príslušná ZP^{3a} Poistenec podľa § 3^{3b} Príchod z cudziny (kód štátu)

4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

Poistenec podľa § 6 ods. 4

Meno a priezvisko / názov a právna forma	Rodné číslo / IČO
Adresa trvalého pobytu / sídlo	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Adresa prechodného pobytu	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	
Ulica	Číslo
Obec	PSČ
Štátna príslušnosť	Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
	Zdravotná poisťovňa matky (iba v prípade novorodencov) ^{3a} <input type="checkbox"/>

5. KONTAKTNÉ ÚDAJE

Telefón Mobil E-mail

POTVRDENIE POISTENCA

Dátum podania prihlášky Čas podania
Dátum vzniku poistenia

VŠZP ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje dotknutej osoby v rozsahu podľa osobitných právnych predpisov (zákon č. 580/2004 Z. z., zákon č. 581/2004 Z. z.) a v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES.

podpis poistenca/zákonného zástupcu*

POTVRDENIE POISŤOVNE

Dátum prijatia prihlášky Čas prijatia

Overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a:

Meno, priezvisko a podpis zamestnanca VŠZP

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla v prihláške poistenca, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP.

Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedeny účel nie je povinné.

súhlasím nesúhlasím

Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky.

Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na www.vszp.sk/ou a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

v _____ dňa _____

podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby*

osobitné záznamy poisťovne



Zdravotné poistenie vo VŠZP vzniká na základe prihlášky poistenca. Prihlášku poistenca podáva klient v prípade:

- ✓ zmeny zdravotnej poisťovne;
- ✓ vzniku zdravotného poistenia.

K vyplnenému tlačivu prihlášky klient predkladá aj zodpovedajúce kópie dokladov podľa toho, o akú prihlášku ide a aké sú dôvody na jej podanie.

✓ **Prihláška na zmenu zdravotnej poisťovne:**

- ak prihlášku podáva osoba sama za seba, predloží doklad totožnosti napr. OP alebo pas;
- ak prihlášku podáva zákonný zástupca, je potrebný rodný list dieťaťa alebo iný doklad preukazujúci skutočnosť, že ide o zákonného zástupcu.

Doklady sú potrebné na nahliadnutie.

✓ **Prihláška na vznik verejného zdravotného poistenia:**

- prihláška pre novorodenca – k prihláške klient predkladá rodný list dieťaťa a doklad totožnosti zákonného zástupcu;
- ostatné dôvody (návrat z EÚ, z iného zahraničia) – k prihláške klient predkladá kópie dokladov preukazujúcich skutočnosť zakladajúce vznik verejného zdravotného poistenia na území SR (napr. pracovná zmluva, potvrdenie o návšteve školy, potvrdenie o štúdiu na základe medzinárodnej zmluvy a pod. V tomto prípade doklady len na nahliadnutie nepostačujú, k prihláške treba doložiť ich fotokópie.

Prihláška je rozdelená na dve farebne rozlíšené sekcie:

- ✓ Sekcia prihláška (biely podklad) – sú v nej zákonom stanovené náležitosti.
- ✓ Sekcia súhlas so spracúvaním osobných údajov (modrozelený podklad), v ktorej klient potvrdzuje svoj súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové aktivity VŠZP.

Návod na správne vyplnenie prihlášky

1. POISTENEC

- identifikačné údaje – meno, priezvisko, rodné priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, pohlavie, číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu;
- adresné údaje – adresu trvalého pobytu, ak máte aj adresu prechodného pobytu a kontaktnú adresu.
- Ak ste cudzinec, je potrebné vyplniť: adresu trvalého pobytu v cudzine, dobu trvalého alebo prechodného pobytu na území Slovenskej republiky, štátnu príslušnosť a rodné číslo, ak vám bolo pridelené, ak rodné číslo pridelené nebolo, vyplňte len dátum narodenia.

2. PLATITEĽ POISTNÉHO

Príslušného platiteľa (§11 ods. 1 a 2 zákona) označte krížikom.

2a ak je platiteľom poistného štát uveďte jeden z nasledujúcich kódov:

01	nezaopatrené dieťa
02	zahraničný študent na základe medzinárodných zmlúv, žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí
03	osoba, ktorá poberá dôchodok, okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu, alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu, alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu, a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte
05	osoba zaradená do evidencie uchádzačov o zamestnanie
06	osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok a rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená
07	osoba, ktorá sa osobne, celodenne a riadne stará o dieťa do 6 rokov
08	osoba, ktorá opatruje osobu ZŤP alebo blízku osobu nad 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení
10	osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi a osoba, ktorá sa spoločne posudzuje
12	osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
13	osoba vo veku starobného dôchodku, ktorá nespĺňa podmienky na jeho priznanie
14	azylant
15	osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, reholné alebo charitatívne spoločenstvo
16	osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu, alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne
18	osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok
19	osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské
21	osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie
22	osoba vykonávajúca práce vo verejnom záujme v zahraničí, manžel alebo manželka zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine
23	osobný asistent
24	cudzinec zaistený na území SR
25	osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného platu policajta a vojaka

27	doktorand
29	vojak – dobrovoľná príprava

2b Ak je platiteľom poistného štát (kód 03), vyplňte aj druh dôchodku:

01	starobný dôchodok	06	invalidný výsluhový dôchodok
02	predčasný starobný dôchodok	10	dôchodok z EÚ
03	invalidný dôchodok	16	dôchodok z cudziny mimo EÚ
05	výsluhový dôchodok		

3. ĎALŠIE ÚDAJE

3a Ak ide o prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne, vyplňte kód zdravotnej poisťovne, v ktorej ste v súčasnosti poistený:

24	Dôvera ZP	27	Union ZP
----	-----------	----	----------

3b Uveďte príslušný kód podľa § 3 zákona:

01	poistenec s trvalým pobytom v SR	14	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec v zariadení,
08	poistenec bez trvalého pobytu v SR, zamestnaný v SR	15	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zaistený cudzinec
09	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je SZČO v SR	16	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
12	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je azylant	17	rodinní príslušníci EÚ
13	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent	19	poistenec bez trvalého pobytu v SR, je rodinný príslušník poistenca a narodený v EÚ
20	poistenec nemá trvalý pobyt v SR a poberá starobný dôchodok zo SR	21	nezaopatrené dieťa, nemá trvalý pobyt, naviazané na zákonného zástupcu

4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

Ak prihlášku podávate za poistenca ako zákonný zástupca, vyplňte označenie vzťahu k poistencovi podľa § 6 odsek 4 zákona uveďte príslušný kód:

1	zákonný zástupca alebo iná fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu
2	poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, v ktorom je maloletý umiestnený na základe rozhodnutia súdu, ak zákonný zástupca nie je známy a maloletý poistenec je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu
3	poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide o poistenca, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom