



Priestor na čiarový kód:

ČESTNÉ VYHLÁŠENIE UPLATŇOVANIE PRÁVNÝCH PREDPISOV SR/EÚ, EHP, CH

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

Poistenec:

Titul, meno a priezvisko:
Rodné číslo: / Dátum narodenia:
Telefón: E-mail:

Adresa bydliska:

Ulica: Číslo:
PSČ: Obec/mesto:
Štát:

Zákonný zástupca/splnomocnená osoba:

Titul, meno a priezvisko:
Rodné číslo: / Dátum narodenia:
Telefón: E-mail:

Adresa bydliska:

Ulica: Číslo:
PSČ: Obec/mesto:
Štát:

Čestne vyhlasujem: (vyberte si zo situácií a doplňte)

Časť zamestnanci a SZČO

1. som/bol som** zárobkovo činný* v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH

členský štát EÚ, EHP, CH:

Obdobie od: do:
Obdobie od: do:
Obdobie od: do:

*Osoba vykonávajúca činnosť ako zamestnanec/SZČO alebo osoba, ktorá prijíma peňažné dávky na základe jej činnosti ako zamestnanca/SZČO alebo ako dôsledok tejto činnosti.





2. Že v uvedenom období nevykonávam alebo som nevykonával samostatne zárobkovú činnosť v SR, priamo ani nepriamo v žiadnom rozsahu, ani som nemal z tohto titulu žiaden príjem:

Obdobie od: . . do: . .

Obdobie od: . . do: . .

Obdobie od: . . do: . .

3. Že v uvedenom období existuje/neexistuje** závislá osoba, ktorá sa považuje v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov za môjho nezaopatreného rodinného príslušníka (ďalej len „NRP“)¹:

Meno a priezvisko NRP:	Vzťah: manžel/ka/dieťa	RČ:	obdobie:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

** Označte vyhovujúce tvrdenie

Časť dôchodcovia

4. Som/nie som** poberateľom dôchodku iba zo sociálneho zabezpečenia v SR

5. Som/nie som** poberateľom dôchodku iba zo sociálneho zabezpečenia v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH:

členský štát EÚ, EHP, CH:

Obdobie od: . . do: . .

6. Okrem slovenského dôchodku poberám/nepoberám** aj dôchodok z iného členského štátu EÚ, EHP, CH:

členský štát EÚ, EHP, CH:

Obdobie od: . . do: . .

** Označte vyhovujúce tvrdenie

K vyhláseniu prikladám nasledovné doklady (fotokópie dokladov): (prosím zaškrtnite/doplňte)

- daňové priznanie o nulových príjmoch v SR v danom období/potvrdenie daňového úradu
- potvrdenie o priznaní dôchodku
- doklad o poberaní peňažnej dávky
- pracovnú zmluvu v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH
- doklad o daňových odvodoch a odvodoch na zdravotné poistenie v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH
- doklad o daňových odvodoch a odvodoch na zdravotné poistenie v SR
- doklad zdravotnej poisťovne o zdravotnom poistení v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH
- formulár E104EU o obdobiach poistenia v inom členskom štáte EÚ, EHP, CH
- výplatná páska
- E106EU/S1EU
- iné:



Vyhlasenie:

V prípade, ak som v tomto čestnom vyhlásení uviedol/uviedla nepravdivé údaje, som si vedomý/vedomá, že škodu, ktorá týmto Všeoobecnej zdravotnej poisťovni, a. s. vznikne, musím uhradiť v plnom rozsahu.

V _____ Dňa: _____

Podpis poistenca/zákonného zástupcu/
splnomocnenej osoby:

Titul, meno, priezvisko poistenca/zák. zástupcu/splnomoc. osoby (čitateľne):

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeoobecnej 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 na tomto tlačíve, 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 uvedený účel nie je povinné.

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: _____

Titul, meno, priezvisko: _____

Overenie zamestnanca Všeoobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

Totožnosť poistenca/zák. zástupcu/splnomoc. osoby overená:

Áno Nie

Číslo OP/IK/potvrdenie z OO PZ/cestovný pas, rodný list...:

Overenie NRP:

Áno Nie

Overenie vykonal zamestnanec (meno, priezvisko):

Podpis zamestnanca: _____

Vysvetlivky

Odkaz č.1

zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

§3 ods. 2 písm. d) - Nezaopatrení rodinní príslušníci podľa zákona sú:

1. nezaopatrené dieťa podľa § 11 ods. 7 písm. a),
2. manžel alebo manželka, ktorá je poberateľom rodičovského príspevku,
3. manžel alebo manželka, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,
4. manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) a b), je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie a nepoberá dávku v nezamestnanosti,
5. manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) a b) a ktorá dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na dôchodok,
6. manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) a b) a je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,
7. manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) a b) a nie je poistencom štátu podľa § 11 ods. 7,
8. manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) a b) a je nezaopatrené dieťa podľa § 11 ods. 7 písm. a).