



## Prihláška poistenca

Všeoobecná 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

číslo poistenca (vyplňuje poisťovňa)

<b>poistenec</b>	
priezvisko	meno
rodné priezvisko	titul
dátum narodenia	rodné číslo
	pohlavie
adresa trvalého pobytu	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
adresa prechodného pobytu	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
štátna príslušnosť	číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
	trvalý pobyt na území SR od do
adresa trvalého pobytu v cudzine	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
<b>zamestnávateľ**</b>	
názov	číslo zamestnávateľa
sídlo / adresa	obec
	PSČ
	ulica
	číslo
	telefón
	e-mail/fax
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu	od do
<b>prihlášku podáva</b>	
názov / meno, priezvisko	identifikačné číslo / rodné číslo
sídlo / adresa trvalého pobytu	obec
	PSČ
	ulica
	číslo
	telefón
	právna forma
adresa prechodného pobytu	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec
PSČ	štát
ulica	číslo
telefón	e-mail/fax
zdravotná poisťovňa matky	číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu
	– vyplňa sa v prípade, že prihlášku podáva zákonný zástupca
<b>ďalšie údaje</b>	
určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)	označenie poistenca podľa § 3
štát	kód
štatár	poistenec podľa § 6 ods. 4
SZČO	príslušná zdravotná poisťovňa
zamestnávateľ a zamestnanec	kód
	druh dôchodku
<b>potvrdenie</b>	
potvrdenie poistenca	vznik poistenia
dátum podania prihlášky	čas podania
	dátum vzniku poistenia
	zmena ZP
<p>Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 15 ods. 1 zák. č. 122/2013 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 28 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.</p>	
potvrdenie poisťovne	podpis poistenca/zákonného zástupcu*
dátum prijatia prihlášky	čas prijatia
	potvrdenie prevzatia prihlášky poisťovňou
	odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby
<b>overenie</b>	
Údaje uvedené v prihláške poistenca boli overené podľa identifikačného dokladu:	podpis zamestnanca:
<b>osobitné záznamy poisťovne</b>	



## Prihláška poistenca

(doklad o prijatí)

Všeoobecná 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

číslo poistenca (vyplňuje poisťovňa)

poistenec									
priezvisko			meno				titul		
rodné priezvisko		dátum narodenia		rodné číslo			pohlavie		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>		
adresa trvalého pobytu		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
adresa prechodného pobytu		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
štátna príslušnosť		číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu				trvalý pobyt na území SR od do			
adresa trvalého pobytu v cudzine		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
zamestnávateľ**									
názov				číslo zamestnávateľa					
sídlo / adresa	obec		PSČ		odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby				
	ulica		číslo						
	telefón		e-mail/fax						
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu				od do					
prihlásku podáva									
názov / meno, priezvisko				identifikačné číslo / rodné číslo					
sídlo / adresa trvalého pobytu	obec		PSČ		odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby				
	ulica		číslo						
	telefón		právna forma						
adresa prechodného pobytu		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)		obec		PSČ		štát			
ulica		číslo		telefón		e-mail/fax			
zdravotná poisťovňa matky <input type="checkbox"/>				– vyplňa sa v prípade, že prihlásku podáva zákonný zástupca				číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu	
ďalšie údaje									
určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)				označenie poistenca podľa § 3		kód <input type="text"/>		druh dôchodku <input type="text"/>	
štát <input type="text"/>		samoplatiteľ <input type="checkbox"/>		poistenec podľa § 6 ods. 4		<input type="checkbox"/>			
SZČO <input type="text"/>		zamestnávateľ a zamestnanec <input type="checkbox"/>		príslušná zdravotná poisťovňa		kód <input type="text"/>			
potvrdenie									
potvrdenie poistenca		dátum podania prihlášky		čas podania		dátum vzniku poistenia		vznik poistenia <input type="checkbox"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		zmena ZP <input type="checkbox"/>	
<p>Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 15 ods. 1 zák. č. 122/2013 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 28 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.</p>									
potvrdenie poistenca						potvrdenie prevzatia prihlášky poisťovňou			
dátum prijatia prihlášky		čas prijatia		odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby					
<input type="text"/>		<input type="text"/>							
overenie									
Údaje uvedené v prihláške poistenca boli overené podľa identifikačného dokladu:						podpis zamestnanca:			
osobitné záznamy poisťovne									



## Povinnosti poistenca pri vzniku verejného zdravotného poistenia

Poistenec je povinný podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie do ôsmich dní od dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia.

Zákonný zástupca dieťaťa je povinný podať prihlášku v príslušnej zdravotnej poisťovni dieťaťa alebo v inej zdravotnej poisťovni do 60 dní od narodenia dieťaťa, to platí aj pre fyzickú osobu alebo právnickú osobu, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zariadenie, v ktorom je maloletý umiestnený na základe rozhodnutia súdu.

## Povinnosti poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne (prepoistení sa)

Poistenec môže zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu vždy len k 1. 1. nasledujúceho kalendárneho roka. Prihlášku možno podať najneskôr do 30. 9. kalendárneho roka.

Za poistenca, ktorý bol pozbavený spôsobilosti na právne úkony, je povinný podať prihlášku poistenca jeho zákonný zástupca. Za maloletého poistenca je povinný podať prihlášku zákonný zástupca alebo iná fyzická alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, v ktorom je 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, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide o poistenca, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom.

V časti Poistenec sa vyplňujú osobné údaje poistenca: meno, priezvisko, dátum

narodenia, rodné číslo v 10 alebo 9 číselnom tvare. V kolónke pohlavie sa vypíše do okienka písmeno M – muž, alebo Ž – žena.

V adrese trvalého pobytu sa vyplní obec, PSČ, ulica, číslo domu, číslo telefónu, číslo faxu, e-mail. Kontaktná adresa sa vyplní v prípade, ak je odlišná od adresy trvalého alebo prechodného pobytu. V kolónke štátna príslušnosť sa uvedie štátna príslušnosť poistenca. Kolónky - číslo identifikačnej karty resp. pasu a trvalý pobyt na území SR od - do vyplňuje cudzí štátny príslušník!

Časti Kód poisťovne, Číslo poistenca a Potvrdenie poisťovne vyplní poisťovňa po overení údajov poistenca.

V časti Zamestnávateľ sa vyplňujú údaje: názov zamestnávateľa, adresa zamestnávateľa (obec, PSČ, číslo domu, číslo telefónu, číslo faxu, e-mail) číslo zamestnávateľa (10 miestny číselný kód pridelený zamestnávateľovi pri registrácii poisťovňou), zamestnancom od - do.

V časti Prihlášku podáva sa vyplňuje názov/meno a priezvisko, identifikačné číslo/rodné číslo, sídlo/adresa trvalého pobytu (obec, ulica, PSČ, číslo ulice, telefón), právnu formu. Tieto údaje vyplní fyzická alebo právnická osoba, zariadenie sociálnych služieb alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak podáva prihlášku poistenca za inú osobu.

Zdravotná poisťovňa matky: VŠZP – 25, Dôvera ZP – 24, Union ZP - 27, 70 – poistenec EU

V časti Ďalšie údaje v kolónke určenie platiteľa poistného sa vyplní kód platiteľa poistného. V kolónke Obchodné meno príslušnej zdravotnej poisťovne uvedie poistenec údaj o obchodnom mene príslušnej zdravotnej poisťovne.

## Štát

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 01 - nezaopatrené dieťa,  | 13 - osoba vo veku starobného dôchodku, ktorá nespĺňa podmienky na jeho priznanie,  | 23 - osobný asistent,  |
| 02 - zahraničný študent na základe medzinárodných zmlúv,                          | 14 - azylant,   | 24 - cudzinec zaistený na území SR,  |
| 03 - osoba, ktorá poberá dôchodok z dôchodkového zabezpečenia SR a v cudzine,     | 15 - osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné alebo charitatívne spoločenstvo,                                     | 25 - osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného platu policajta a vojaka, |
| 05 - osoba zaradená do evidencie uchádzačov o zamestnanie,                        | 16 - osoba umiestnená v zariadení,  | 27 - doktorand   |
| 06 - osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,                                    | 18 - osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na dôchodok,   | 29 - vojak – dobrovoľná príprava   |
| 07 - osoba, ktorá sa stará o dieťa do 6 rokov,                                    | 19 - osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské,  | x x x  |
| 08 - osoba, ktorá sa stará o blízku osobu bezvládu alebo nad 80 rokov,            | 21 - osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie,   | 40 - zamestnanec,  |
| 10 - osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi a osoba, ktorá sa spoločne posudzuje, | 22 - osoba vykonávajúca práce vo verejnom záujme v zahraničí, manžel alebo manželka zamestnanca štátnej služby so sídlom v cudzine, | 41 - SZČO,   |
| 12 - osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,                       |   | 43 - ostatní samoplátitelia.   |

## Druh dôchodku

- |                                  |                         |                                   |                                 |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 - starobný dôchodok,           | 3 - invalidný dôchodok, | 6 - invalidný výsluhový dôchodok, | 16 - dôchodok z cudziny mimo EÚ |
| 2 - predčasný starobný dôchodok, | 5 - výsluhový dôchodok, | 10 - dôchodok z EÚ,               |                                 |

## V kolónke označenie poistenca sa vyplní kód poistenca

- |  |   |
|--|---|
| 1 - poistenec s trvalým pobytom v SR,  | 16 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody v SR, |
| 8 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je zamestnaný v SR,                     | 17 - rodinní príslušníci EÚ,  |
| 9 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je SZČO v SR,                           | 19 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je rodinný príslušník poistenca narodený v EÚ.                    |
| 12 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je azylant v SR,                       | 20 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a poberá starobný dôchodok zo SR                                    |
| 13 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je zahraničný študent v SR,            | 21 - nezaopatrené dieťa, nemá trvalý pobyt, naviazané na zákonného zástupcu                               |
| 14 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je maloletý cudzinec v zariadení v SR, |   |
| 15 - poistenec nemá trvalý pobyt v SR a je zaistený cudzinec v SR,             |   |

Táto kolónka sa nevyplní pri zmene zdravotnej poisťovne ani pri odhláske poistenca.

## V kolónke poistenec podľa § 6 ods. 4 v prípade, že ide o maloletého poistenca, sa vyplní kód ak

- 1 - prihlášku podáva zákonný zástupca alebo iná fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu,
- 2 - prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, v ktorom je 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 - prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide o dieťa, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom.

Kolónku príslušná zdravotná poisťovňa vyplňuje poistenec len v tom prípade, ak sa prehlasuje z inej zdravotnej poisťovne.

Súčasne je potrebné predložiť potrebné doklady k určeniu dôvodu vzniku poistenia. Kolónku potvrdenie poistenca vyplňuje poistenec alebo osoba, ktorá prihlášku podáva. Svojím čitateľným podpisom potvrdí prihlášku, uvedie dátum a čas podania prihlášky, dátum vzniku poistenia a krížikom označí dôvod podania tlačiva. Ak prihlášku podáva právnická osoba, zariadenie na základe rozhodnutia súdu alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, je potrebné prihlášku poistenca potvrdiť aj pečiatkou.

Kolónku potvrdenie poisťovne vyplňuje oprávnený zamestnanec poisťovne.

Prihlášku poistenca sa vyplňuje čitateľne (paličkovým písmom).