



Priestor na čiarový kód:

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

(PRE ÚČELY PREUKÁZANIA SKUTOČNOSTÍ PODĽA § 23 ODS. 3 ZÁKONA Č. 580/2004 Z. Z. V ZNENÍ NESKORŠÍCH PREDPISOV)

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

Poistenec:

Titul, meno a priezvisko:

Rodné číslo: / Dátum narodenia:

Telefón: E-mail:

Adresa trvalého pobytu:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Štát:

Adresa na doručovanie (ak je rozdielna od trvalého pobytu):

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Zaevidovať adresu na doručovanie ako korešpondenčnú adresu: Áno Nie

Zákonný zástupca/splnomocnená osoba:

Titul, meno a priezvisko:

Rodné číslo: / Dátum narodenia:

Telefón: E-mail:

Adresa trvalého pobytu:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Štát:

Splnomocnenie prikladám k čestnému vyhláseniu: Áno Nie

Čestne vyhlasujem, že som v období od do :

fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu, alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne

Identifikačné údaje zariadenia:

Názov:

Sídlo:

IČO:



fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov

Údaje o dieťati:

Meno a priezvisko:

RČ: /

Prehlasujem, že za inú osobu nie je platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. c) alebo písm. m) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení na totožné dieťa a za inú osobu nie je platiteľom štát z dôvodu celodennej a riadnej starostlivosti o to isté dieťa.

fyzická osoba, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím odkázanú podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení

Údaje o osobe, ktorú poistenec opatruje:

Meno a priezvisko:

RČ: /

Prehlasujem, že za inú osobu nie je platiteľom štát z dôvodu opatrovania tej istej osoby.

manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí

Údaje o osobe vykonávajúcej štátnu službu v cudzine:

Meno a priezvisko:

RČ: /

fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo

Identifikačné údaje spoločenstva:

Názov:

Sídlo:

IČO:

Vyhlasenie:

V prípade, ak som v tomto čestnom vyhlásení uviedol/uviedla nepravdivé údaje, som si vedomý/vedomá, že škodu, ktorá týmto Všeobecnej 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 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 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 Všobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

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

Áno Nie

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

Overenie vykonal zamestnanec (meno, priezvisko):

Pracovné zaradenie zamestnanca:

Podpis zamestnanca: _____

