



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

poistenec											
priezvisko			meno				titul pred menom			titul za menom	
rodné priezvisko	dátum narodenia			rodné číslo						pohlavie <input type="checkbox"/>	
adresa trvalého pobytu			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
adresa prechodného pobytu			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
adresa trvalého pobytu v cudzine			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
štátna príslušnosť		číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu			trvalý pobyt na území SR			od		do	
zamestnávateľ											
názov						IČO					
sidlo / adresa	obec			PSČ			telefón				
	ulica			číslo			e-mail/fax				
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu				od		do					
ďalšie údaje											
určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)				štát		samoplatiteľ		SZČO		zamestnávateľ a zamestnanec	
poistenec podľa § 3		poistenec podľa § 6 ods. 4		príslušná ZP		druh dôchodku					
prihlášku podáva											
názov a právna forma / meno a priezvisko						IČO / rodné číslo					
sidlo / adresa trvalého pobytu			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
adresa prechodného pobytu			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			obec			PSČ			štát		
ulica			číslo								
štátna príslušnosť		číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu			zdravotná poisťovňa matky – (vyplňa sa v prípade, že prihlášku podáva zákonný zástupca)						
kontaktné údaje											
telefón				mobil				e-mail			
potvrdenie poistenca						potvrdenie poisťovne					
dátum podania prihlášky		čas podania				dátum prijatia prihlášky		čas prijatia			
dátum vzniku poistenia		podpis poistenca/zákonného zástupcu*				overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a:					
VšZP ako prevádzkovateľ informačného systému 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.						meno, priezvisko a podpis zamestnanca VšZP					
súhlas so spracúvaním 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, súhlas 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“):											
1. so spracúvaním osobných údajov, ktoré sú uvedené v tomto dokumente, v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel podporných aktivít VšZP súvisiacich s verejným zdravotným poistením (napr. zasielanie informácií o preventívnych prehliadkach, manažovanie zdravotnej starostlivosti, zasielanie notifikácií)											
<input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím											
2. so spracúvaním osobných údajov, ktoré sú uvedené v tomto dokumente, 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											
<input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím											
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 uvedené účely nie je povinné.											
Poučenie o možnosti odvolania súhlasu: Súhlas môže byť kedykoľvek odvolaný, pričom odvolanie 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 a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.											
v _____				dňa _____				_____			
						podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby*					
osobitné záznamy poisťovne											



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 (ďalej aj ako „VšZP“)

vznik poistenia zmena ZP

Prihláška poistenca

(doklad o prijatí)

poistenec										
priezvisko			meno				titul pred menom		titul za menom	
rodné priezvisko	dátum narodenia					rodné číslo			pohlavie <input type="checkbox"/>	
adresa trvalého pobytu			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
adresa prechodného pobytu			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
adresa trvalého pobytu v cudzine			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
štátna príslušnosť	číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu			trvalý pobyt na území SR		od	do			
zamestnávateľ										
názov						IČO				
sidlo / adresa	obec	PSČ			telefón					
	ulica	číslo			e-mail/fax					
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu				od	do					
ďalšie údaje										
určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)			štát	rod. číslo	rod. číslo	SZČO	rod. číslo	zamestnávateľ a zamestnanec		
poistenec podľa § 3			poistenec podľa § 6 ods. 4		príslušná ZP		druh dôchodku			
prihlášku podáva										
názov a právna forma / meno a priezvisko						IČO / rodné číslo				
sidlo / adresa trvalého pobytu			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
adresa prechodného pobytu			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)			obec				PSČ		štát	
ulica							číslo			
štátna príslušnosť	číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu			zdravotná poisťovňa matky – (vyplňa sa v prípade, že prihlášku podáva zákonný zástupca)						
kontaktné údaje										
telefón			mobil			e-mail				
potvrdenie poistenca					potvrdenie poisťovne					
dátum podania prihlášky					čas podania					
dátum vzniku poistenia					dátum prijatia prihlášky					
<p>VšZP ako prevádzkovateľ informačného systému 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.</p>					<p>overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a:</p>					
podpis poistenca/zákonného zástupcu*					meno, priezvisko a podpis zamestnanca VšZP					
súhlas so spracúvaním osobných údajov										
<p>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, súhlas 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“):</p>										
<p>1. so spracúvaním osobných údajov, ktoré sú uvedené v tomto dokumente, v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel podporných aktivít VšZP súvisiacich s verejným zdravotným poistením (napr. zasielanie informácií o preventívnych prehliadkach, manažovanie zdravotnej starostlivosti, zasielanie notifikácií)</p> <p><input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím</p>										
<p>2. so spracúvaním osobných údajov, ktoré sú uvedené v tomto dokumente, 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</p> <p><input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím</p>										
<p>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 uvedené účely nie je povinné.</p>										
<p>Poučenie o možnosti odvolania súhlasu: Súhlas môže byť kedykoľvek odvolaný, pričom odvolanie 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 a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.</p>										
v _____			dňa _____			_____				
						podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby*				
osobitné záznamy poisťovne										



Povinnosti poistenca pri vzniku verejného zdravotného poistenia

Poistenec je povinný podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie do ôsmich dní odo 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 vyplňajú osobné údaje poistenca: meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo v 10 alebo 9 číselnom tvare. V kolónke pohlavie sa vписe 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 vyplňa 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 vyplňajú 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.

Príslušná ZP a Zdravotná poisťovňa matky sa vyplňa kód: VŠZP – 25, Dôvera ZP – 24, Union ZP – 27, 70 – poistenec EÚ

V časti Ďalšie údaje v kolónke určenie platiteľa poistného sa vyplňa 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
x x x |
| 07 - osoba, ktorá sa stará o dieťa do 6 rokov, | 19 - osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské, | 40 - zamestnanec, |
| 08 - osoba, ktorá sa stará o blízku osobu bezvládu alebo nad 80 rokov, | 21 - osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie, | 41 - SZČO, |
| 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, | 43 - ostatní samoplátatelia. |
| 12 - osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, | | |

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 nevyplňa 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).