



Všobecná 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 poisťenia zmena ZP

Prihláška poisťenca

1. POISTENEC

Priezvisko		Meno		Titul pred menom	Titul za menom
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		PSC		Štát	
Adresa prechodného pobytu					
Ulica				Číslo	
Obec		PSC		Štát	
Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)					
Ulica				Číslo	
Obec		PSC		Štát	
Trvalý/prechodný pobyt na území SR	od	do	Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu	Štátna príslušnosť	
Preukaz ZP žiadam zaslať na adresu: Trvalého pobytu <input type="checkbox"/> Prechodného pobytu <input type="checkbox"/> Kontaktnú adresu <input type="checkbox"/>					
Číslo bankového účtu IBAN <input type="text"/>					
Predčíslenie <input type="text"/>		Číslo účtu <input type="text"/>		Kód banky <input type="text"/>	

2. PLATITEĽ POISTNÉHO

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

3. ĎALŠIE ÚDAJE

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

4. PODÁVATEĽ PRIHLÁŠKY

Poistenec podľa § 6 ods. 4

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

5. KONTAKTNÉ ÚDAJE

Telefón Mobil E-mail

POTVRDENIE POISTENCA

Dátum podania prihlášky <input type="text"/>	Čas podania <input type="text"/>	Dátum prijatia prihlášky <input type="text"/>	Čas prijatia <input type="text"/>
Dátum vzniku poisťenia <input type="text"/>		Overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a:	
VšZP ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje najmä na účel výkonu verejného zdravotného poistenia v rozsahu osobitných právnych predpisov. Všetky aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutých osôb sú dostupné na www.vszp.sk/OOU a na všetkých klientskych pracoviskách.		Meno, priezvisko a podpis zamestnanca VšZP	
podpis poisťenca/podávateľa*			

POTVRDENIE POISŤOVNE

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov spoločnosťou Všobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874 (ďalej len „VšZP“) v rozsahu meno, priezvisko, adresa, e-mailová adresa, telefónne číslo, dátum narodenia na účel marketingových aktivít VšZP, vytvorenie vhodnej ponuky vlastných benefitov a služieb VšZP ako aj ponuky benefitov a služieb VšZP poskytovaných v spolupráci so zmluvnými partnermi a s tým súvisiacim profilovaním osobných údajov evidovaných VšZP s cieľom prispôsobenia marketingových aktivít.

Súhlas udeľujem na dobu trvania poistného vzťahu s VšZP a 5 rokov od jeho ukončenia. Zároveň súhlasím s tým, že mi marketingové informácie môžu byť poskytované aj prostredníctvom automatických volaní a komunikačných systémov bez ľudského zásahu alebo elektronickej pošty vrátane služby krátkych správ v zmysle osobitných právnych predpisov (napr. zákon o reklame, zákon o elektronických komunikáciách). Beriem na vedomie, že súhlas môžem kedykoľvek odvolať bez toho, aby to malo vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov pred jeho odvolaním, a to na e-mailovej adrese zodpovednaosoba@vszp.sk. Aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov sú dostupné na www.vszp.sk/OOU a 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 na nahliadnutie;
 - ak prihlášku podáva zákonný zástupca, alebo osoba oprávnená podať prihlášku poistenca, je potrebný rodný list dieťaťa alebo iný doklad preukazujúci skutočnosť, že ide o zákonného zástupcu/oprávnenú osobu. Doklady sú potrebné na nahliadnutie.
- ✓ **Prihláška na vznik verejného zdravotného poistenia:**
 - prihláška pre novorodenca so štátnou príslušnosťou SR, ktorý sa narodil na

území iného štátu – 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.

Ak prihláška nie je podaná osobne na pracovisku zdravotnej poisťovne alebo nie je podpísaná kvalifikovaným elektronickým podpisom, resp. úradne overeným podpisom, musí byť priložená fotokópia identifikačného dokladu.

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, 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	študent z iného ČS, zahraničný študent, ktorý študuje na základe medz štátnej alebo medzinárodnej zmluvy, ktorou je SR viazaná, alebo za žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v SR
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 posudzujú
12	osoba vo väzbe, výkone trestu odňatia slobody alebo detencie
13	osoba vo veku starobného dôchodku, ktorá nespĺňa podmienky na jeho priznanie
14	azylant
15	osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné 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
34	štipendista

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 vsúčasnosti poistený:

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

3b Uveďte príslušný kód podľa § 3 zák

01	poistenec s trvalým pobytom v SR	16	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
08	poistenec bez trvalého pobytu v SR, zamestnaný v SR	17	rodinní príslušníci EÚ
09	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je SZČO v SR	19	poistenec bez trvalého pobytu v SR, je rodinný príslušník poistenca a narodený v EÚ
11	poistenec nemá trvalý pobyt v SR a poberá starobný dôchodok zo SR	21	nezaopatrené dieťa, nemá trvalý pobyt, naviazané na zákonného zástupcu
13	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent	22	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je štipendista
14	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec v zariadení,	23	dieťa narodené v cudzine umiestnené v zariadení
15	poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zaistený cudzinec	24	maloletý cudzinec – študent

4. PODÁVATEĽ PRIHLÁŠKY

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