



## Žiadosť o vydanie Preukazu poistenca/ Európskeho preukazu zdravotného poistenia (EPZP)

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

Podpísaný poistenec		
priezvisko	meno	titul
rodné číslo		dátum narodenia
<input type="text"/>		<input type="text"/>
trvalý pobyt	PSC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
telefón	e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Žiadam o vydanie preukazu poistenca/EPZP (ďalej aj „preukaz“)

- preukaz si prevezmem osobne na pobočke (expozitúre) VŠZP \_\_\_\_\_
- preukaz žiadam doručiť poštou na adresu trvalého pobytu \_\_\_\_\_

O vydanie nového preukazu žiadam z dôvodu:

- straty preukazu
- odcudzenia preukazu
- poškodenia preukazu
- vydania nového EPZP (zatiaľ som EPZP nemal)
- platnosť môjho preukazu končí za menej ako 50 dní

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_ podpis poistenca/  
zákonného zástupcu \_\_\_\_\_

Bližšie informácie získate na telefónnom čísle 0850 003 003 v pracovných dňoch od 8.00 do 18.00 h.

### Vyplňuje zamestnanec pobočky VŠZP:

dátum prijatia žiadosti	prevzal zamestnanec	pobočka VŠZP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
čas prijatia žiadosti		
<input type="text"/>		

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_ Podpis zamestnanca pobočky VŠZP \_\_\_\_\_