



Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

Odhláška poistenca

číslo poistenca (vyplňuje poisťovňa)

poistenec

priezvisko		meno		titul	
rodné priezvisko	dátum narodenia	rodné číslo	pohlavie		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
adresa trvalého pobytu	obec	PSČ	<input type="text"/>		
ulica	číslo	telefón	e-mail/fax		
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec	PSČ	<input type="text"/>		
ulica	číslo	telefón	e-mail/fax		
štátna príslušnosť	u cudzinca číslo identifikačnej karty resp. pasu		trvalý pobyt na území SR		
			od do		

zamestnávateľ

názov		číslo zamestnávateľa		<input type="text"/>	
sídlo / adresa	obec	PSČ	odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby zamestnávateľa		
	ulica	číslo			
	telefón	e-mail/fax			
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu		od	do		

odhlášku podáva

názov / meno, priezvisko		identifikačné číslo / rodné číslo		<input type="text"/>	
sídlo / adresa	obec	PSČ	odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby		
	ulica	číslo			
	telefón	právna forma			

ďalšie údaje

dôvod zániku poistenia

Fyzické osoby s trvalým pobytom

- vznik zdravotného poistenia a zamestnania v cudzine
- vznik zdravotného poistenia a samostatnej zárobkovej činnosti v cudzine
- vznik zdravotného poistenia a dlhodobého pobytu v cudzine

Fyzické osoby bez trvalého pobytu

- zánik zamestnania na území SR,
- zánik vykonáva samostatnej zárobkovej činnosti na území SR,
- zánik postavenia azylanta,
- zánik štúdia na základe medzinárodných zmlúv na území SR,

- zánik postavenia maloletého cudzinca bez zákonného zástupcu umiestneného v zariadení na území SR,
- zánik zaistenia cudzinca na území SR,
- zánik väzby alebo výkonu trestu odňatia slobody na území SR,
- zánik postavenia nezaopatreného rodinného príslušníka poistenca na území SR,
- zánik poberania dôchodku na území SR.

vrátenie preukazu poistenca

- preukaz VŠZP EPZP číslo EPZP

potvrdenie

potvrdenie poistenca

dátum podania odhlášky	dátum zániku poistenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Toto oznámenie podávam na splnenie oznamovacej povinnosti v zmysle § 23 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Zároveň prehlasujem, že som oboznámená/oboznámený s povinnosťou nahlásiť do ôsmich dní akúkoľvek zmenu za moju osobu, ktorá by mala vplyv na platenie poisťného na verejné zdravotné poistenie obzvlášť na ukončenie povinností štátu. Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé a zodpovedajú skutočnosti.

podpis poistenca _____

potvrdenie poisťovne

dátum prijatia odhlášky	dátum zániku poistenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby

osobitné záznamy poisťovne

* nehodiace sa preškrtnite

12000295 V/2010



Povinnosti pri zániku verejného zdravotného poistenia

Poistenec je povinný oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do ôsmich dní skutočnosti pre zánik verejného zdravotného poistenia a vrátiť preukaz poistenca a európsky preukaz zdravotného poistenia do ôsmich dní od zániku poistenia.

Za poistenca, ktorý bol pozbavený spôsobilosti na právne úkony, je povinný podať odhlášku poistenca jeho zákonný zástupca. Za maloletého poistenca je povinný oznámiť zánik poistenia zákonný zástupca alebo iná fyzická alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie sociálnych služieb, ak zákonný zástupca nie je známy a maloletý poistenec je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti alebo v zariadení sociálnych služieb, 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 vpiše 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 vyplňuje len vtedy, ak sa odlišuje od adresy trvalého 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!

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, keď oznamuje zánik poistenec, ktorý je zamestnancom (potvrdí zamestnávateľ).

V časti Odhlášku 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 oznamuje zánik poistenia poistenca za inú osobu.

V časti Ďalšie údaje v kolónke dôvod zániku poistenia sa označuje dôvod zániku poistenia na území SR. Dôvod zániku poistenia u osôb bez trvalého pobytu na území SR z dôvodu zániku poberania dôchodku na území SR sa dotýka fyzických osôb s pobytom na území členského štátu Európskej únie. V časti pre vrátenie preukazu poistenca, poistenec označuje vrátenie preukazu poistenca a v prípade vydania aj vrátenie európskeho preukazu zdravotného poistenia (EPZP) s číslom tohto preukazu.

Súčasne je potrebné predložiť potrebné doklady, ak sa jedná o zánik v rámci členských štátov Európskej únie. Kolónku potvrdenie poistenca vyplňuje poistenec alebo osoba, ktorá oznamuje zánik poistenia. Svojím čitateľným podpisom potvrdí odhlášku poistenca, uvedie dátum podania odhlášky, dátum zániku poistenia. Ak odhlášku podáva právnická osoba, zariadenie sociálnych služieb alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je potrebné odhlášku poistenca potvrdiť aj pečiatkou.

Časť Potvrdenie poisťovne vyplňuje zodpovedný zamestnanec Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Odhláška poistenca sa vyplňuje čitateľne paličkovým písmom.