

**Prihláška poistenca**Všobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Mamatejova 17, 850 05 Bratislava,  
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B

číslo poistenca (vyplňuje poisťovňa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

<b>zamestnávateľ**</b>			
názov	číslo zamestnávateľa		
sídlo / adresa	obec	PSČ	
	ulica	číslo	
	telefón	e-mail/fax	
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu	od do		

<b>prihlášku podáva</b>			
názov / meno, priezvisko	identifikačné číslo / rodné číslo		
sídlo / adresa	obec	PSČ	
	ulica	číslo	
	telefón	právna forma	
			odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby

<b>ďalšie údaje</b>			
<b>určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)</b>	<b>žiadost' o vydanie Európskeho preukazu zdravotného poistenia</b>		
štát	<input type="checkbox"/> samoplatiteľ	<input type="checkbox"/> žiadam	<input type="checkbox"/> nežiadam
SZČO	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ a zamestnanec	<input type="checkbox"/> EPZP si prevezmem osobne v pobočke (expozítúre) VŠZP _____	<input type="checkbox"/> EPZP žiadam doručiť poštou na adresu bydliska uvedenú v registri poistencov VŠZP
označenie poistenca podľa § 3	kód	obchodné meno príslušnej zdravotnej poisťovne	
poistenec podľa § 6 ods. 4			
príslušná zdravotná poisťovňa	kód		

<b>potvrdenie</b>				
<b>potvrdenie poistenca</b>	vznik poistenia	<input type="checkbox"/>	zmena ZP	<input type="checkbox"/>
dátum podania prihlášky	čas podania	dátum vzniku poistenia		
Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 10 ods. 1 zák. č. 428/2002 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 20 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.				
Poistenec súhlasí, aby VŠZP na jeho meno, adresu bydliska (poštou, e-mailom, telefonicky) posielala informácie o svojich marketingových aktivitách.				
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	podpis poistenca/ zákonného zástupcu* _____
<b>potvrdenie poisťovne</b>			odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby	
dátum vzniku povinnosti podať prihlášku				
dátum prijatia prihlášky	čas prijatia	dátum vzniku poistenia		

<b>osobitné záznamy poisťovne</b>



## Prihláška poistenca

(kópia pre doterajšiu zdravotnú poisťovňu)

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,  
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B

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	PSC	štát		
ulica	číslo	telefón	e-mail/fax		
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec	PSC			
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	
sídlo / adresa	obec	PSC	
	ulica	číslo	
	telefón	e-mail/fax	
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu		od	do

## prihlášku podáva

názov / meno, priezvisko		identifikačné číslo / rodné číslo	
sídlo / adresa	obec	PSC	odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby
	ulica	číslo	
	telefón	právna forma	

## ďalšie údaje

určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)		žiadost' o vydanie Európskeho preukazu zdravotného poistenia	
štát	<input type="checkbox"/> samoplatiteľ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> žiadam <input type="checkbox"/> nežiadam
SZČO	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ a zamestnanec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPZP si prevezmem osobne v pobočke (expozítúre) VŠZP _____
			<input type="checkbox"/> EPZP žiadam doručiť poštou na adresu bydliska uvedenú v registri poistencov VŠZP
označenie poistenca podľa § 3	kód	obchodné meno príslušnej zdravotnej poisťovne	
poistenec podľa § 6 ods. 4	<input type="checkbox"/>		
príslušná zdravotná poisťovňa	kód		

## potvrdenie

potvrdenie poistenca		vznik poistenia	<input type="checkbox"/>	zmena ZP	<input type="checkbox"/>
dátum podania prihlášky	čas podania	dátum vzniku poistenia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<p>Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 10 ods. 1 zák. č. 428/2002 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 20 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.</p> <p>Poistenec súhlasí, aby VŠZP na jeho meno, adresu bydliska (poštou, e-mailom, telefonicky) posielala informácie o svojich marketingových aktivitách. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p>					
potvrdenie poisťovne		odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby			
dátum vzniku povinnosti podať prihlášku					
<input type="text"/>					
dátum prijatia prihlášky	čas prijatia	dátum vzniku poistenia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

## osobitné záznamy poisťovne

**Prihláška poistenca**  
(potvrdenie o poistnom vzťahu)Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,  
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B

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	štát
ulica	číslo	telefón	e-mail/fax
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec	PSČ	
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	
sídlo / adresa	obec	PSČ	
	ulica	číslo	
	telefón	e-mail/fax	
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu		od	do

prihlášku podáva			
názov / meno, priezvisko		identifikačné číslo / rodné číslo	
sídlo / adresa	obec	PSČ	odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby
	ulica	číslo	
	telefón	právna forma	

ďalšie údaje			
určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)		žiadost' o vydanie Európskeho preukazu zdravotného poistenia	
štát	<input type="checkbox"/> samoplatiteľ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> žiadam <input type="checkbox"/> nežiadam
SZČO	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ a zamestnanec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPZP si prevezmem osobne v pobočke (expozitúre) VŠZP _____
označenie poistenca podľa § 3		kód	<input type="text"/>
poistenec podľa § 6 ods. 4		<input type="checkbox"/>	
príslušná zdravotná poisťovňa		kód	<input type="text"/>
		obchodné meno príslušnej zdravotnej poisťovne	
		<input type="text"/>	

potvrdenie			
potvrdenie poistenca		vznik poistenia	zmena ZP
dátum podania prihlášky	čas podania	dátum vzniku poistenia	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 10 ods. 1 zák. č. 428/2002 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 20 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.</p> <p>Poistenec súhlasí, aby VŠZP na jeho meno, adresu bydliska (poštou, e-mailom, telefonicky) posielala informácie o svojich marketingových aktivitách. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p>			
potvrdenie poisťovne		podpis poistenca/ zákonného zástupcu*	
dátum vzniku povinnosti podať prihlášku		<input type="text"/>	
<input type="text"/>			
dátum prijatia prihlášky	čas prijatia	dátum vzniku poistenia	odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

osobitné záznamy poisťovne			
<input type="text"/>			



## Prihláška poistenca

(doklad o prijatí)

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,  
IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B

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	PSC	štát		
ulica	číslo	telefón	e-mail/fax		
kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)	obec	PSC			
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	
sídlo / adresa	obec	PSC	
	ulica	číslo	
	telefón	e-mail/fax	
trvanie pracovného pomeru / obdobného pracovného vzťahu		od	do

## prihlášku podáva

názov / meno, priezvisko		identifikačné číslo / rodné číslo	
sídlo / adresa	obec	PSC	odtlačok pečiatky a podpis zodpovednej osoby
	ulica	číslo	
	telefón	právna forma	

## ďalšie údaje

určenie platiteľa poistného (vyplniť podľa poučenia)		žiadost' o vydanie Európskeho preukazu zdravotného poistenia	
štát	<input type="checkbox"/> samoplatiteľ	<input type="checkbox"/> žiadam	<input type="checkbox"/> nežiadam
SZČO	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ a zamestnanec	<input type="checkbox"/> EPZP si prevezmem osobne v pobočke (expozítúre) VŠZP _____	<input type="checkbox"/> EPZP žiadam doručiť poštou na adresu bydliska uvedenú v registri poistencov VŠZP
označenie poistenca podľa § 3	kód	obchodné meno príslušnej zdravotnej poisťovne	
poistenec podľa § 6 ods. 4	<input type="checkbox"/>		
príslušná zdravotná poisťovňa	kód		

## potvrdenie

potvrdenie poistenca		vznik poistenia	<input type="checkbox"/>	zmena ZP	<input type="checkbox"/>
dátum podania prihlášky	čas podania	dátum vzniku poistenia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<p>Prevádzkovateľ informačného systému podľa § 10 ods. 1 zák. č. 428/2002 Z.z. (ďalej len zákon) oznamuje, že spracúva osobné údaje poistenca, ktoré je poistenec povinný poskytnúť, pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia v súlade so zák. č. 580/2004 Z.z. a č. 581/2004 Z.z. Práva poistenca ako dotknutej osoby upravuje § 20 zákona. Poistenec má právo na opravu jeho nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov.</p> <p>Poistenec súhlasí, aby VŠZP na jeho meno, adresu bydliska (poštou, e-mailom, telefonicky) posielala informácie o svojich marketingových aktivitách. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p>					
potvrdenie poisťovne		odtlačok pečiatky poisťovne a podpis oprávnenej osoby			
dátum vzniku povinnosti podať prihlášku					
<input type="text"/>					
dátum prijatia prihlášky	čas prijatia	dátum vzniku poistenia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

## 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 výchovy, 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.

Poistenec je povinný pri zmene zdravotnej poisťovne do 8 dní vrátiť preukaz poistenca a Európsky preukaz zdravotného poistenia zdravotnej poisťovni, ktorá bola jeho predchádzajúcou zdravotnou poisťovňou.

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 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!

Časti Kód poisťovne, Číslo poistenca a Potvrdenie poisťovne vyplní poisťovňa po overení údajov poistenca.

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.

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.

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,  | 12 - osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,                                     | 22 - osoba vykonávajúca prácu vo verejnom záujme v zahraničí, manžel alebo manželka zamestnanca štátnej služby so sídlom v cudzine, |
| 02 - zahraničný študent na základe medzinárodných zmlúv,                          | 13 - osoba vo veku starobného dôchodku, ktorá nespĺňa podmienky na jeho priznanie,              | 23 - osobný asistent,   |
| 03 - osoba, ktorá poberá dôchodok z dôchodkového zabezpečenia SR a v cudzine,     | 14 - azylant,   | 24 - cudzinec zaistený na území SR,   |
| 05 - osoba zaradená do evidencie uchádzačov o zamestnanie,                        | 15 - osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné alebo charitatívne spoločenstvo, | 25 - osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného platu policajta a vojaka,                                      |
| 06 - osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,                                    | 16 - osoba umiestnená v zariadení,  | 27 - doktorand  |
| 07 - osoba, ktorá sa stará o dieťa do 6 rokov,                                    | 18 - osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na dôchodok,                               | x x x   |
| 08 - osoba, ktorá sa stará o blízku osobu bezvládu alebo nad 80 rokov,            | 19 - osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské,                          | 40 - zamestnanec,   |
| 10 - osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi a osoba, ktorá sa spoločne posudzuje, | 21 - osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie,   | 41 - SZČO,  |
| 11 - vojak,   |   | 43 - ostatní samoplátitelia.  |

## V kolónke označenie poistenca sa vyplní kód poistenca

- |   |   |
|---|---|
| 1 - poistenec s trvalým pobytom,  | 12 - poistenec nemá trvalý pobyt a je azylant,  |
| 2 - poistenec s trvalým pobytom a nie je zamestnaný a poistený v cudzine,                     | 13 - poistenec nemá trvalý pobyt a je zahraničný študent,                                       |
| 3 - poistenec s trvalým pobytom a nie je vyslaný do cudziny a poistený v cudzine,             | 14 - poistenec nemá trvalý pobyt a je maloletý cudzinec v zariadení,                            |
| 4 - poistenec s trvalým pobytom a nie je SZČO a poistený v cudzine,                           | 15 - poistenec nemá trvalý pobyt a je zaistený cudzinec,  |
| 7 - poistenec s trvalým pobytom a nie je dlhšie ako šesť mesiacov v cudzine, kde je poistený, | 16 - poistenec nemá trvalý pobyt a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, |
| 8 - poistenec nemá trvalý pobyt a je zamestnaný v SR,   | 17 - rodinní príslušníci EÚ,  |
| 9 - poistenec nemá trvalý pobyt a je SZČO,  | 19 - poistenec nemá trvalý pobyt a je rodinný príslušník poistenca narodený v EÚ.               |

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 výchovy
- 2 - prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie sociálnych služieb, ak zákonný zástupca nie je známy a maloletý poistenec je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo v zariadení sociálnych služieb
- 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 sociálnych služieb alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je potrebné prihlášku poistenca potvrdiť aj pečiatkou.

Kolónku potvrdenie poistenca vyplňuje poistenec alebo osoba, ktorá prihlášku podáva. Svojím čitateľným podpisom potvrdí prihlášku, uvedie dátum podania prihlášky a krížikom označí dôvod podania tlačiva. Ak prihlášku podáva právnická osoba, zariadenie sociálnych služieb alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je potrebné prihlášku poistenca potvrdiť aj pečiatkou.

Kolónku potvrdenie poisťovne vyplňuje oprávnený zamestnanec poisťovne.

Prihláška poistenca sa vyplňuje čitateľne (paličkovým písmom).