



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ŽIADOSŤ O VYDANIE POTVRDENIA

Priestor na čiarový kód:

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

Platiteľ poistného/poistenec/žiadateľ:

Obchodné meno/Meno a priezvisko:

IČO:

Rodné číslo:

Telefón:

E-mail:

Sídlo/adresa trvalého pobytu:

Ulica:

Číslo:

PSČ:

Obec/mesto:

Adresa na doručovanie (ak je rozdielna od sídla alebo trvalého pobytu):

Ulica:

Číslo:

PSČ:

Obec/mesto:

Zaevdovať adresu na doručovanie ako korešpondenčnú adresu:

☐

Áno

☐

Nie

Žiadam o vystavenie (zaškrtnite typ potvrdenia, ktoré žiadate vystaviť):

☐

potvrdenia o neevdovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie

☐

potvrdenia o neevdovaní pohľadávky VŠZP, na ktorú je nariadený výkon rozhodnutia

☐

potvrdenia o evidovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie

☐

potvrdenia o evidovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie vo forme splátok

☐

potvrdenia o zaplacení poistného na verejné zdravotné poistenie za obdobie

od: MM / RRRR

do: MM / RRRR

☐

potvrdenia o zaplacení nedoplatku z ročného zúčtovania poistného, vykonaného za

rok:

☐

potvrdenia pre neregistrovaného platiteľa

☐

potvrdenia o poistných vzťahoch za obdobie

od: MM / RRRR

do: MM / RRRR

☐

iné:

Potvrdenie žiadam pre účely (uveďte dôvod žiadosti, prípadne inštitúciu, ktorej bude potvrdenie predložené):



Platenie poistného

Metodický pokyn č. 36/16/2023 účinnosť od 01.12.2023

**Potvrdenie žiadam:**

- ☐ zaslať e-mailom na vyššie uvedenú e-mailovú adresu
- ☐ zaslať poštou na: ☐ adresu sídla/trvalého pobytu ☐ adresu doručovania
- ☐ preberiem osobne v pobočke VŠZP (uviest' v ktorej):

V _____

Dňa: _____

Podpis
(prip. spolu s pečiatkou): _____Titul, meno, priezvisko
(čitateľne): _____**Informácia o spracúvaní osobných údajov:**

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje najmä na účel výkonu verejného zdravotného poistenia a s tým súvisiacich činností 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 klientských pracoviskách.

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s., Panónska cesta, 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874 (ďalej len „VŠZP“) na účel marketingových aktivít VŠZP a spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, emailová adresa, telefónne číslo, dátum narodenia a s tým súvisiacim profilovaním osobných údajov evidovaných VŠZP s cieľom prispôbenia marketingových aktivít. Súhlas udeľujem na dobu trvania poistného vzťahu s VŠZP a 5 rokov od jeho ukončenia. Súhlas môžem kedykoľvek odvolať bez toho, aby to malo vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov pred jeho odvolaním, na e-mailovej adrese zodpovednaosoba@vszp.sk. Aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov sú dostupné na www.vszp.sk/OOU a na všetkých klientských pracoviskách. Tento súhlas je považovaný aj za súhlas v zmysle osobitných právnych predpisov upravujúcich šírenie reklamy.

V _____

Dňa: _____

Podpis _____

Titul, meno, priezvisko: _____