



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

číslo poistenca (vyplňuje poisťovnía)

kód poisťovne 25

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 (ďalej aj ako „VŠZP“)

vznik poistenia ☐ zmena ZP ☐

## Prihláška poistenca

### 1. POISTENEC

|                                                                      |                 |                  |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|----------------------------------------------------------------|
| Priezvisko                                                           | Meno            | Titul pred menom | Titul za menom                                                 |
| Rodné priezvisko                                                     | 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                                                                 | PSČ             | Štát             |                                                                |
| Adresa prechodného pobytu                                            |                 |                  |                                                                |
| Ulica                                                                | Číslo           |                  |                                                                |
| Obec                                                                 | PSČ             | Štát             |                                                                |
| Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)                     |                 |                  |                                                                |
| Ulica                                                                | Číslo           |                  |                                                                |
| Obec                                                                 | PSČ             | Štát             |                                                                |
| Trvalý/prechodný pobyt na území SR                                   | od              | do               | Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu                    |
| Číslo bankového účtu IBAN                                            |                 |                  |                                                                |
| Predčíslo                                                            | Číslo účtu      | Kód banky        |                                                                |

### 2. PLATITEĽ POISTNÉHO

Zamestnávateľ a zamestnanec ☐ SZČO ☐ Samoplatiteľ ☐ Štát<sup>2a</sup> Druh dôchodku<sup>2b</sup>

### 3. ĎALŠIE ÚDAJE

Príslušná ZP<sup>3a</sup> Poistenec podľa § 3<sup>3b</sup> Príchod z cudziny (kód štátu)

### 4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

|                                                                      |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Poistenec podľa § 6 ods. 4                                           |                                             |
| Meno a priezvisko / názov a právna forma                             | Rodné číslo / IČO                           |
| Adresa trvalého pobytu / sídlo                                       |                                             |
| Ulica                                                                | Číslo                                       |
| Obec                                                                 | PSČ Štát                                    |
| Adresa prechodného pobytu                                            |                                             |
| Ulica                                                                | Číslo                                       |
| Obec                                                                 | PSČ Štát                                    |
| Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)                     |                                             |
| Ulica                                                                | Číslo                                       |
| Obec                                                                 | PSČ Štát                                    |
| Štátna príslušnosť                                                   | Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu |
| Zdravotná poisťovňa matky (iba v prípade novorodencov) <sup>3a</sup> |                                             |

### 5. KONTAKTNÉ ÚDAJE

Telefón Mobil E-mail

### POTVRDENIE POISTENCA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Dátum podania prihlášky                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Čas podania |
| Dátum vzniku poistenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| VŠZP ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje dotknutej osoby v rozsahu podľa osobitných právnych predpisov (zákon č. 580/2004 Z. z., zákon č. 581/2004 Z. z.) a v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES. |             |
| podpis poistenca/zákonného zástupcu*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |

### POTVRDENIE POISŤOVNE

|                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Dátum prijatia prihlášky                                               | Čas prijatia |
| Overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a: |              |
| Meno, priezvisko a podpis zamestnanca VŠZP                             |              |

### SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a.s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla v prihláške poistenca, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP.

Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účel nie je povinné.

☐ súhlasím ☐ nesúhlasím

### Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky.

Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na [www.vszp.sk/ouu](http://www.vszp.sk/ouu) a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

číslo poistenca (vyplňuje poisťovňa)

kód poisťovne 25

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 (ďalej aj ako „VŠZP“)

vznik poistenia ☐ zmena ZP ☐

**Prihláška poistenca**  
(doklad o prijatí)

### 1. POISTENEC

|                  |                 |                  |                                                                |
|------------------|-----------------|------------------|----------------------------------------------------------------|
| Priezvisko       | Meno            | Titul pred menom | Titul za menom                                                 |
| Rodné priezvisko | 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  | PSČ   |
|       | Štát  |

Adresa prechodného pobytu

|       |       |
|-------|-------|
| Ulica | Číslo |
| Obec  | PSČ   |
|       | Štát  |

Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)

|       |       |
|-------|-------|
| Ulica | Číslo |
| Obec  | PSČ   |
|       | Štát  |

Trvalý/prechodný pobyt od do Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu Štátna príslušnosť

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Číslo bankového účtu IBAN |            |
| Predčísle                 | Číslo účtu |
|                           | Kód banky  |

### 2. PLATITEĽ POISTNÉHO

|                                                      |                               |                                       |                    |                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Zamestnávateľ a zamestnanec <input type="checkbox"/> | SZČO <input type="checkbox"/> | Samoplatiteľ <input type="checkbox"/> | Štát <sup>2a</sup> | Druh dôchodku <sup>2b</sup> |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------|

### 3. ĎALŠIE ÚDAJE

|                            |                                   |                               |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Príslušná ZP <sup>3a</sup> | Poistenec podľa § 3 <sup>3b</sup> | Príchod z cudziny (kód štátu) |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

### 4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

|                                          |                   |
|------------------------------------------|-------------------|
| Poistenec podľa § 6 ods. 4               | Rodné číslo / IČO |
| Meno a priezvisko / názov a právna forma |                   |

Adresa trvalého pobytu / sídlo

|       |       |
|-------|-------|
| Ulica | Číslo |
| Obec  | PSČ   |
|       | Štát  |

Adresa prechodného pobytu

|       |       |
|-------|-------|
| Ulica | Číslo |
| Obec  | PSČ   |
|       | Štát  |

Kontaktná adresa (ak sa líši od trvalého pobytu)

|       |       |
|-------|-------|
| Ulica | Číslo |
| Obec  | PSČ   |
|       | Štát  |

Štátna príslušnosť Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu Zdravotná poisťovňa matky (iba v prípade novorodencov)<sup>3a</sup>

### 5. KONTAKTNÉ ÚDAJE

|         |       |        |
|---------|-------|--------|
| Telefón | Mobil | E-mail |
|---------|-------|--------|

### POTVRDENIE POISTENCA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Dátum podania prihlášky                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Čas podania |
| Dátum vzniku poistenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| VŠZP ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje dotknutej osoby v rozsahu podľa osobitných právnych predpisov (zákon č. 580/2004 Z. z., zákon č. 581/2004 Z. z.) a v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES. |             |
| podpis poistenca/zákonného zástupcu*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |

### POTVRDENIE POISŤOVNE

|                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Dátum prijatia prihlášky                                               | Čas prijatia |
| Overil/a podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal/a: |              |
| Meno, priezvisko a podpis zamestnanca VŠZP                             |              |

### SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a.s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla v prihláške poistenca, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP.

Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účel nie je povinné.

☐ súhlasím ☐ nesúhlasím

### Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky.

Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na [www.vszp.sk/ouu](http://www.vszp.sk/ouu) a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.



# VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

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;
- ak prihlášku podáva zákonný zástupca, je potrebný rodný list dieťaťa alebo iný doklad preukazujúci skutočnosť, že ide o zákonného zástupcu.

Doklady sú potrebné na nahliadnutie.

✓ **Prihláška na vznik verejného zdravotného poistenia:**

- prihláška pre novorodenca – 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.

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, rodné 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 | zahraničný študent na základe medzinárodných zmlúv, žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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 posudzuje                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12 | osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13 | osoba vo veku starobného dôchodku, ktorá nespĺňa podmienky na jeho priznanie                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 14 | azylant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15 | osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, reholné 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 |

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 v súčasnosti poistený:

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

3b Uveďte príslušný kód podľa § 3 zákona:

|    |                                                                   |    |                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | poistenec s trvalým pobytom v SR                                  | 14 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec v zariadení,                           |
| 08 | poistenec bez trvalého pobytu v SR, zamestnaný v SR               | 15 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zaistený cudzinec                                        |
| 09 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je SZČO v SR                 | 16 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody |
| 12 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je azylant                   | 17 | rodinní príslušníci EÚ                                                                           |
| 13 | poistenec bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent        | 19 | poistenec bez trvalého pobytu v SR, je rodinný príslušník poistenca a narodený v EÚ              |
| 20 | poistenec nemá trvalý pobyt v SR a poberá starobný dôchodok zo SR | 21 | nezaopatrené dieťa, nemá trvalý pobyt, naviazané na zákonného zástupcu                           |

## 4. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

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 poisteneц 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                                                                                                                                                           |