Zákaznícka linka 0850 850 850

1 Vyplní poisťovňa, \*A,B,C,D,E - vyplňte podľa vysvetliviek na str. 3 „Návod ako správne vyplniť prihlášku“

Dátum prijatia prihlášky1

Čas

Dátum podania prihlášky

Čas

poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum vzniku verejného zdravotného

Interné číslo poisťovne

Podpis

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

že údaje, ktoré som v prihláške

Meno a priezvisko

Telefón

Svojím podpisom potvrdzujem,

Overil podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal:

pOtVr Den ie pOisťOVn e1

pOtVrDen ie pOistenc A

podpis poistenca/zástupcu poistenca

V d

ňa

peňažná odplata, nepeňažná odmena ani iná výhoda nančnej povahy.

Poistenec zároveň čestne vyhlasuje, že mu v súvislosti s podaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie v zdravotnej poisťovni DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., nebola zdravotnou poisťovňou DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., ponúknutá žiadna

pre samostatné účely špecikované v jednotlivých bodoch a) až c) tohto dokumentu a len pre tie body, ktoré som nevylúčil/a zaškrtnutím príslušného poľa „vylúčiť bod ...“ pod jednotlivými bodmi.

Súhlasy udeľujem na dobu neurčitú. Beriem na vedomie, že každý súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať doručením odvolania súhlasu zdravotnej poisťovni na adresu sídla spoločnosti. Súhlasy udeľujem jednotlivo

neurčitú, do jeho písomného odvolania.

vylúčiť bod c)

Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3993/B za účelom správy údajov a na ďalšie spracúvanie na propagáciu činnosti a ponuky produktov a služieb spoločnosti mediworx software solutions, a.s., a jej zmluvných partnerov. Súhlas udeľujem na dobu

adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail obchodnej spoločnosti mediworx software solutions, a.s., so sídlom Einsteinova 19, Digital Park III, 851 01 Bratislava, IČO 36 601 748, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu

c) súhlas na poskytnutie mojich Osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná

u ktorých som v dlhodobej starostlivosti aj s mojou diagnózou; a moje prebiehajúce alebo plánované hospitalizácie.

vylúčiť bod b)

poskytli; údaje o poskytnutých službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a označenie poskytovateľov týchto služieb; interakcie mojich liekov; meno a priezvisko môjho všeobecného lekára a meno, priezvisko, odbornosť lekárov,

číslo a trvalý pobyt; údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch, liekoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach, dátume ich poskytnutia a označenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí mi túto zdravotnú starostlivosť

zdravotnej poisťovne prístupnej na internete, cez softvérové vybavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, prípadne cez mobilnú alebo inú aplikáciu zdravotnej poisťovne. Rozsah takto sprístupňovaných údajov je nasl.: meno, priezvisko, rodné

b) sprístupnenie mojich osobných údajov za účelom kvalitného a bezpečného poskytnutia zdravotnej starostlivosti jej zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne a aplikácie

a prieskumu trhu.

vylúčiť bod a)

pobytu alebo korešpondenčná adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, informácií o jej zmluvných partneroch

a) spracovanie osobných údajov uvedených v tejto prihláške v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného

Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3627/B („zdravotná poisťovňa“) na:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem súhlas v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., so sídlom: Einsteinova 25, 851 01

(len cudzinec)

/pasu zástupcu poistenca

(len cudzinec)

Štátna príslušnosť

Číslo ID karty

Pobyt na území SR do

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa prechodného pobytu

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

Vzťah k poistencovi

Otec

Matka

Iné

Označenie poistenca podľa § 6 \*E

E-mail

Rodné číslo/IČO

Meno, priezvisko/názov, právna forma

4. ZÁstupcA pOistenc A (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Platiteľ poistného v čase podania prihlášky: Samoplatiteľ SZČO Zamestnávateľ / zamestnanec Štát \*C Typ dôchodku \*D

Novorodenec:

Matka je poistenec Dôvery

Matka nie je poistenec Dôvery

Označenie poistenca podľa § 3\*B

Súčasná zdravotná poisťovňa:

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Príchod z cudziny

Zo štátu (kód štátu)

3. DOplňujúce úDAje

obec

Typ podnikania\*A

PSČ

Mesto/

Ulica

Číslo

Názov

IČO

2. ZAMestnÁVAteĽ (vyplní zamestnanec) / sZČO (vyplní SZČO)

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu Kontaktnú adresu Preukaz prevezmem osobne Na adresu zástupcu poistenca

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa prechodného pobytu

Telefón

E-mail

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

priezvisko

/pasu

SR do (len cudzinec)

Rod.

Číslo ID karty

Pobyt na území

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

Dátum narodenia

Titul

Pohlavie

muž

žena

Identikačné číslo poistenca

EČ

Zmena ZP

Vznik ZP

1. pOistenec

1

1

1

1

2 4

Kód poisťovne

pr ih l ÁškA pOistenc A n A Ver ejn é ZDr AVOtné pOisten ie

Zákaznícka linka 0850 850 850

1 Vyplní poisťovňa, \*A,B,C,D,E - vyplňte podľa vysvetliviek na str. 3 „Návod ako správne vyplniť prihlášku“

Dátum prijatia prihlášky1

Čas

Dátum podania prihlášky

Čas

poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum vzniku verejného zdravotného

Interné číslo poisťovne

Podpis

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

že údaje, ktoré som v prihláške

Meno a priezvisko

Telefón

Svojím podpisom potvrdzujem,

Overil podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal:

pOtVr Den ie pOisťOVn e1

pOtVrDen ie pOistenc A

podpis poistenca/zástupcu poistenca

V d

ňa

peňažná odplata, nepeňažná odmena ani iná výhoda nančnej povahy.

Poistenec zároveň čestne vyhlasuje, že mu v súvislosti s podaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie v zdravotnej poisťovni DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., nebola zdravotnou poisťovňou DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., ponúknutá žiadna

pre samostatné účely špecikované v jednotlivých bodoch a) až c) tohto dokumentu a len pre tie body, ktoré som nevylúčil/a zaškrtnutím príslušného poľa „vylúčiť bod ...“ pod jednotlivými bodmi.

Súhlasy udeľujem na dobu neurčitú. Beriem na vedomie, že každý súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať doručením odvolania súhlasu zdravotnej poisťovni na adresu sídla spoločnosti. Súhlasy udeľujem jednotlivo

neurčitú, do jeho písomného odvolania.

vylúčiť bod c)

Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3993/B za účelom správy údajov a na ďalšie spracúvanie na propagáciu činnosti a ponuky produktov a služieb spoločnosti mediworx software solutions, a.s., a jej zmluvných partnerov. Súhlas udeľujem na dobu

adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail obchodnej spoločnosti mediworx software solutions, a.s., so sídlom Einsteinova 19, Digital Park III, 851 01 Bratislava, IČO 36 601 748, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu

c) súhlas na poskytnutie mojich Osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná

u ktorých som v dlhodobej starostlivosti aj s mojou diagnózou; a moje prebiehajúce alebo plánované hospitalizácie.

vylúčiť bod b)

poskytli; údaje o poskytnutých službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a označenie poskytovateľov týchto služieb; interakcie mojich liekov; meno a priezvisko môjho všeobecného lekára a meno, priezvisko, odbornosť lekárov,

číslo a trvalý pobyt; údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch, liekoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach, dátume ich poskytnutia a označenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí mi túto zdravotnú starostlivosť

zdravotnej poisťovne prístupnej na internete, cez softvérové vybavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, prípadne cez mobilnú alebo inú aplikáciu zdravotnej poisťovne. Rozsah takto sprístupňovaných údajov je nasl.: meno, priezvisko, rodné

b) sprístupnenie mojich osobných údajov za účelom kvalitného a bezpečného poskytnutia zdravotnej starostlivosti jej zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne a aplikácie

a prieskumu trhu.

vylúčiť bod a)

pobytu alebo korešpondenčná adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, informácií o jej zmluvných partneroch

a) spracovanie osobných údajov uvedených v tejto prihláške v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného

Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3627/B („zdravotná poisťovňa“) na:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem súhlas v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., so sídlom: Einsteinova 25, 851 01

(len cudzinec)

/pasu zástupcu poistenca

(len cudzinec)

Štátna príslušnosť

Číslo ID karty

Pobyt na území SR do

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa prechodného pobytu

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

Vzťah k poistencovi

Otec

Matka

Iné

Označenie poistenca podľa § 6 \*E

E-mail

Rodné číslo/IČO

Meno, priezvisko/názov, právna forma

4. ZÁstupcA pOistenc A (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Platiteľ poistného v čase podania prihlášky: Samoplatiteľ SZČO Zamestnávateľ / zamestnanec Štát \*C Typ dôchodku \*D

Novorodenec:

Matka je poistenec Dôvery

Matka nie je poistenec Dôvery

Označenie poistenca podľa § 3\*B

Súčasná zdravotná poisťovňa:

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Príchod z cudziny

Zo štátu (kód štátu)

3. DOplňujúce úDAje

obec

Typ podnikania\*A

PSČ

Mesto/

Ulica

Číslo

Názov

IČO

2. ZAMestnÁVAteĽ (vyplní zamestnanec) / sZČO (vyplní SZČO)

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu Kontaktnú adresu Preukaz prevezmem osobne Na adresu zástupcu poistenca

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa prechodného pobytu

Telefón

E-mail

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

priezvisko

/pasu

SR do (len cudzinec)

Rod.

Číslo ID karty

Pobyt na území

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

Dátum narodenia

Titul

Pohlavie

muž

žena

Identikačné číslo poistenca

EČ

Zmena ZP

Vznik ZP

1. pOistenec

1

1

1

1

2 4

Kód poisťovne

pr ih l ÁškA pOistenc A n A Ver ejn é ZDr AVOtné pOisten ie

Ďakujeme vám za prejavenú dôveru. Zdravie je to najcennejšie, čo máme. Preto v DÔVERE robíme všetko pre to, aby vaše zdravie bolo v tých najlepších rukách.

• doklad totožnosti

činnosti (živnostenský list)

medzinárodných zmlúv a záväzkov, ktorými je SR viazaná

• pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní, oprávnenie na vykonávanie

• doklady z MŠVVaŠ SR o tom, že ide o poistenca na zabezpečenie

• doklad o udelení pobytu na území SR s uvedením rodného čísla

• potvrdenie o návšteve školy

c) cudzinec s trvalým pobytom mimo územia eú (zamestnanec, SZČO)

f) cudzinec – študent

• doklad totožnosti

• doklad totožnosti

• doklad totožnosti zástupcu poistenca

• oprávnenie na vykonávanie činnosti (živnostenský list)

• doklad totožnosti dieťaťa, ak ho má vydaný

poistený v EÚ

• rodný list dieťaťa, ak prihlášku podáva zákonný zástupca

• informácia o zdravotnej poisťovni, v ktorej bol pred pobytom v SR

b) osoba, ktorá mení zdravotnú poisťovňu

• pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní

• doklad totožnosti zástupcu poistenca

e) cudzinec s trvalým pobytom v inom členskom štáte eú(zamestnanec, SZČO)

• rodný list dieťaťa

• povolenie na pobyt vydané cudzineckou políciou

a) novorodenec

• potvrdenie ohlasovne o pobyte na území SR

d) cudzinec, ak získal povolenie na trvalý pobyt v sr

aj fotokópie týchto dokladov:

Ak prihlášku poistenca podávate osobne, prosíme vás, aby ste predložili na overenie údajov, resp. ak prihlášku zasielate poštou, aby ste k nej priložili

DOk l ADy pOtr eBn é n A pODAn ie A ODOVZDA n ie pr ih l Áš k y pODĽA typOV pOisten c OV

53 – externý študent

na výkon trestu odňatia slobody

27 – študent doktorandského štúdia

vo výkone trestu odňatia slobody ústav na výkon väzby alebo ústav

platu policajta a vojaka

4 – prihlášku podáva za fyzickú osobu vo väzbe a fyzickú osobu

25 – osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného

24 – cudzinec zaistený na území SR

v súvislosti s pôrodom

zdravotným postihnutím

o dieťa, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby

23 – fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým

3 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide

22 – manželka alebo manžel štátneho zamestnanca v cudzine

starostlivosti alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu

21 – osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie

je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej

materské alebo nemocensky poistená a ošetrujúca určenú osobu

zariadenie, ak zákonný zástupca nie je známy a maloletý poistenec

19 – osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské,

2 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo

18 – osoba invalidná, ktorej nevznikol nárok na invalidný dôchodok

spôsobilosti na právne úkony

na základe rozhodnutia súdu celoročne

na základe rozhodnutia súdu alebo ak bol poistenec pozbavený

16 – osoba umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zariadení

právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti

charitatívne spoločenstvo

1 – prihlášku podáva zákonný zástupca alebo iná fyzická osoba alebo

15 – osoba vykonávajúca činnosť pre cirkevné, rehoľné alebo

Vypĺňa sa len v nižšie uvedených prípadoch, t. j.

14 – azylant

13 – osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na dôchodok

č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

12 – osoba vo výkone väzby alebo vo výkone trestu odňatia slobody

10 – osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi a spoločne posudzovaná osoba

\*e. Označenie poistenca podľa § 6 zákona

v zdravotníckom zariadení alebo zariadení sociálnych služieb

bezvládnu alebo nad 80 rokov, ktorá nie je umiestnená

08 – osoba, ktorá sa stará o občana ŤZP alebo sa stará o blízku osobu

07 – osoba, ktorá sa stará o dieťa do šiestich rokov

z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená

06 – osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok a rodičovský príspevok

05 – osoba vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie

10 – dôchodok z cudziny

v tomto členskom štáte

1 Vyplní poisťovňa, \*A,B,C,D,E - vyplňte podľa vysvetliviek na str. 3 „Návod ako správne vyplniť prihlášku“

Zákaznícka linka 0850 850 850

6 – výsluhový invalidný

Dátum prijatia prihlášky1

Čas

Dátum podania prihlášky

Čas

alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená

poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum vzniku verejného zdravotného

Interné číslo poisťovne

Podpis

5 – výsluhový

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

zabezpečenia policajtov a vojakov, alebo dôchodok z cudziny,

vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

že údaje, ktoré som v prihláške

Meno a priezvisko

Telefón

Svojím podpisom potvrdzujem,

Overil podľa preukazu totožnosti a prihlášku za poisťovňu prevzal:

3 – invalidný

vdoveckého a sirotského dôchodku alebo dôchodok z výsluhového

pOtVr Den ie pOisťOVn e1

pOtVrDen ie pOistenc A

podpis poistenca/zástupcu poistenca

V

d

ňa

03 – osoba poberajúca dôchodok v SR, okrem poberateľa vdovského,

2 – predčasne starobný

peňažná odplata, nepeňažná odmena ani iná výhoda 

nančnej povahy.

Poistenec zároveň čestne vyhlasuje, že mu v súvislosti s podaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie v zdravotnej poisťovni DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., nebola zdravotnou poisťovňou DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., ponúknutá žiadna

pre samostatné účely špeci

kované v jednotlivých bodoch a) až c) tohto dokumentu a len pre tie body, ktoré som nevylúčil/a zaškrtnutím príslušného poľa „vylúčiť bod ...“ pod jednotlivými bodmi.

Súhlasy udeľujem na dobu neurčitú. Beriem na vedomie, že každý súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať doručením odvolania súhlasu zdravotnej poisťovni na adresu sídla spoločnosti. Súhlasy

udeľujem jednotlivo

vo veku nezaopatreného dieťaťa

neurčitú, do jeho písomného odvolania.

vylúčiť bod c)

1 – starobný

Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3993/B za účelom správy údajov a na ďalšie spracúvanie na propagáciu činnosti a ponuky produktov a služieb spoločnosti mediworx software solutions, a.s., a jej zmluvných partnerov. Súhlas udeľujem na dobu

adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail obchodnej spoločnosti mediworx software solutions, a.s., so sídlom Einsteinova 19, Digital Park III, 851 01 Bratislava, IČO 36 601 748, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu

c) súhlas na poskytnutie mojich Osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná

u ktorých som v dlhodobej starostlivosti aj s mojou diagnózou; a moje prebiehajúce alebo plánované hospitalizácie.

vylúčiť bod b)

alebo študent, ktorý je zároveň Slovákom žijúcim v zahraničí, najviac

poskytli; údaje o poskytnutých službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a označenie poskytovateľov týchto služieb; interakcie mojich liekov; meno a priezvisko môjho všeobecného lekára a meno, priezvisko, odbornosť lekárov,

číslo a trvalý pobyt; údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch, liekoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach, dátume ich poskytnutia a označenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí mi túto zdravotnú starostlivosť

zdravotnej poisťovne prístupnej na internete, cez softvérové vybavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, prípadne cez mobilnú alebo inú aplikáciu zdravotnej poisťovne. Rozsah takto sprístupňovaných údajov je nasl.: meno, priezvisko, rodné

b) sprístupnenie mojich osobných údajov za účelom kvalitného a bezpečného poskytnutia zdravotnej starostlivosti jej zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne a aplikácie

záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je SR viazaná alebo žiak

a prieskumu trhu.

vylúčiť bod a)

pobytu alebo korešpondenčná adresa líšia od adresy trvalého pobytu), telefón a e-mail za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, informácií o jej zmluvných partneroch

\*D. Typ dôchodku

a) spracovanie osobných údajov uvedených v tejto prihláške v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu alebo korešpondenčná adresa (ak sa adresa prechodného

Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava l, odd.: Sa, vložka č. 3627/B („zdravotná poisťovňa“) na:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem súhlas v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., so sídlom: Einsteinova 25, 851 01

02 – študent z iného členského štátu, zahraničný študent na zabezpečenie

(len cudzinec)

/pasu zástupcu poistenca

(len cudzinec)

Štátna príslušnosť

Číslo ID karty

Pobyt na území SR do

01 – nezaopatrené dieťa

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

Ak za vás platí poistné štát, vyplňte kódy z nižšie uvedeného zoznamu.

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

Mesto/obec

PSČ

Štát

povolanie

Ulica

Číslo

Adresa prechodného pobytu

\*c . štát ako platiteľ poistného

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

14 – iné slobodné

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

13 – nančný poradca

Vzťah k poistencovi

Otec

Matka

Iné

Označenie poistenca podľa § 6 \*E

E-mail

Rodné číslo/IČO

Meno, priezvisko/názov, právna forma

12 – právnik

4. ZÁstupcA pOistenc A (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Platiteľ poistného v čase podania prihlášky: Samoplatiteľ SZČO Zamestnávateľ / zamestnanec Štát \*C Typ dôchodku \*D

20 – Slovák žijúci v zahraničí

11 – l ekár

Novorodenec:

Matka je poistenec Dôvery

Matka nie je poistenec Dôvery

Označenie poistenca podľa § 3\*B

Súčasná zdravotná poisťovňa:

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Príchod z cudziny

Zo štátu (kód štátu)

19 – nezaopatrené dieťa s povolením na pobyt na území SR

3. DOplňujúce úDAje

09 – i né

obec

Mesto/

Typ podnikania\*A

PSČ

18 – ostatní poistenci;

Ulica

Číslo

07 – obchodný zástupca

Názov

IČO

17 – nezaopatrený rodinný príslušník z EÚ a narodený v EÚ

2. ZAMestn ÁVAteĽ (vyplní zamestnanec) / sZČO (vyplní SZČO)

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu Kontaktnú adresu Preukaz prevezmem osobne Na adresu zástupcu poistenca

06 – u melec

Mesto/obec

PSČ

Štát

trestu odňatia slobody

Ulica

Číslo

05 – š portovec

Kontaktná adresa (ak sa líši od adresy trvalého alebo prechodného pobytu)

16 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je vo väzbe alebo vo výkone

Mesto/obec

PSČ

Štát

Ulica

Číslo

SHR

15 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je cudzincom zaisteným v SR

Adresa prechodného pobytu

Telefón

E-mail

zákonného zástupcu, ktorému sa poskytuje starostlivosť v zariadení

Ulica

Číslo

PSČ

Štát

02 – poľnohospodárstvo -

Adresa trvalého pobytu (cudzinec uvádza adresu trvalého pobytu v cudzine)

14 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec bez

01 – ž ivnostník

priezvisko

/pasu

SR do (len cudzinec)

Rod.

Číslo ID karty

Pobyt na území

Meno

Priezvisko

13 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent

Rodné číslo

Dátum narodenia

Titul

Pohlavie

muž

žena

1. pOistenec

Identi kačné číslo poistenca1

EČ 1

Zmena ZP 1

Vznik ZP 1

12 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je azylant

\*A. typ podnikania

Kód poisťovne

2 4

pr ih l Ášk A pOisten c A n A Ver ejn é ZDr AVOtné pOisten ie

09 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je SZČO

08 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zamestnaná v SR

01 – osoba s trvalým pobytom na území SR

č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

\*B. Označenie poistenca podľa § 3 zákona

na www.dovera.sk. V prípade akýchkoľvek otázok nám zavolajte na Zákaznícku linku 0850 850 850.

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Cintorínska 5, 949 01 Nitra alebo ju odovzdajte osobne na ktorejkoľvek našej pobočke. Zoznam pobočiek nájdete

a pri vypĺňaní postupujte podľa nej. K prihláške priložte potrebné doklady (ich zoznam nájdete v spodnej časti tohto návodu) a pošlite nám ju poštou na adresu:

Na tejto strane nájdete vysvetlivky a pomôcky, ktoré vám pomôžu prihlášku na verejné zdravotné poistenie vyplniť správne a za pár minút. Stranu odtrhnite

vyplňte, prosím, aj časť 5.

časti 1 - 3. Ak podávate prihlášku ako zástupca poistenca (zákonný zástupca, ústav na výkon väzby alebo trestu, zdravotnícke zariadenie), vyplňte aj časť 4. Ak ste cudzinec,

Ďakujeme, že ste sa rozhodli podať prihlášku do zdravotnej poisťovne DÔVERA. Aby sme vám uľahčili jej vypĺňanie, rozdelili sme prihlášku do piatich častí. Vyplňte, prosím,

Návod ako správne vyplniť prihlášku na verejné zdravotné poistenie

pr ih l Ášk A pOisten c A n A Ver ejn é ZDr AVOtn é pOisten ie