

1. POISTENEC Identifikačné číslo poistenca EČ Zmena ZP Vznik ZP

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno Priezvisko

Rod. priezvisko Pohlavie muž žena

Adresa trvalého pobytu (cudzinec vyplní aj časť č. 5)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Telefón E-mail

Adresa prechodného pobytu/korešpondenčnej adresy (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu
Korešpondenčnú adresu Preukaz prevezmem osobne

2. ZAMESTNÁVATEĽ (vyplní zamestnanec) / SZČO (vyplní SZČO)

Názov IČO

Ulica Číslo

Mesto/obec Typ podnikania ^{*A} PSČ

3. DOPLŇUJÚCE ÚDAJE

Súčasná zdravotná poisťovňa: Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. Union zdravotná poisťovňa, a.s. Príchod z cudziny

Novorodenec: Matka je poistenec Dôvery Matka nie je poistenec Dôvery Označenie poistenca podľa § 3 ^{*B}

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

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Rodné číslo/IČO Meno, priezvisko/názov, právna forma

Vzťah k poistencovi Otec Matka Iné Označenie poistenca podľa § 6 ^{*E} E-mail

Ulica Číslo PSČ

Mesto/obec Telefón

5. VYPLNÍ LEN CUDZINEC

Štátna príslušnosť Pobyt na území SR do

Číslo ID karty alebo pasu Nezaopatrený rodinný príslušník podľa čl. 1 bod i) nariadenia EP a Rady č. 883/2004

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

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 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 prieskumu trhu. vylúčiť bod a)

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 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 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 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, u ktorých som v dlhodobej starostlivosti aj s mojou diagnózou; a moje prebiehajúce alebo plánované hospitalizácie. vylúčiť bod b)

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 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 Bratislava I, 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 neurčitú, do jeho písomného odvolania. vylúčiť bod c)

Súhlasy udeľujem na dobu neurčitú. Beriem na vedomie, že každý súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať dorúčením odvolania súhlasu zdravotnej poisťovni na adresu sídla spoločnosti. Súhlasy udeľujem jednotlivou pre samostatné účely špecifikované 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.

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 peňažná odplata, nepeňažná odmena ani iná výhoda finančnej povahy.

V _____ dňa _____

podpis poistenca/zástupcu poistenca

POTVRDENIE POISŤOVNE¹

Prihlášku za poisťovňu prevzal:

Meno a priezvisko Telefón

Interné číslo poisťovne Podpis

Dátum prijatia prihlášky¹ Čas

POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré som v prihláške vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

Dátum vzniku verejného zdravotného poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum podania prihlášky Čas

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

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

Vzorové písmo: Polia vyplíjate zľava. Píšte čitateľne čiernym alebo modrým prepisovacím perom podľa predtlačenej vzoru. Text nesmie presahovať predtlačný rámik. Súhlas zaškrtnite krížikom.
A Á B C Č D Ď E É F G H I Í J K L M N Ň O P Q R S Š T T U Ú V W X Y Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X

1. POISTENEC Identifikačné číslo poistenca EČ Zmena ZP Vznik ZP

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno Priezvisko

Rod. priezvisko Pohlavie muž žena

Adresa trvalého pobytu (cudzinec vyplní aj časť č. 5)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Telefón E-mail

Adresa prechodného pobytu/korešpondenčnej adresy (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu
Korešpondenčnú adresu Preukaz prevezmem osobne

2. ZAMESTNÁVATEĽ (vyplní zamestnanec) / **SZČO** (vyplní SZČO)

Názov IČO

Ulica Číslo

Mesto/obec Typ podnikania ^{*A} PSČ

3. DOPLŇUJÚCE ÚDAJE

Súčasná zdravotná poisťovňa: Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. Union zdravotná poisťovňa, a.s. Príchod z cudziny

Novorodenec: Matka je poistenec Dôvery Matka nie je poistenec Dôvery Označenie poistenca podľa § 3 ^{*B}

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

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Rodné číslo/IČO Meno, priezvisko/názov, právna forma

Vzťah k poistencovi Otec Matka Iné Označenie poistenca podľa § 6 ^{*E} E-mail

Ulica Číslo PSČ

Mesto/obec Telefón

5. VYPLNÍ LEN CUDZINEC

Štátna príslušnosť Pobyt na území SR do

Číslo ID karty alebo pasu Nezaopatrený rodinný príslušník podľa čl. 1 bod i) nariadenia EP a Rady č. 883/2004

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

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 pobytu alebo korešpondenčná adresa líši 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 prískumu trhu. vylúčiť bod a)

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 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 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 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, u ktorých som v dlhodobej starostlivosti aj s mojou diagnózou; a moje prebiehajúce alebo plánované hospitalizácie. vylúčiť bod b)

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 adresa líši 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 Bratislava I, 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 neurčitú, do jeho písomného odvolania. vylúčiť bod c)

Súhlasy udeľujem na dobu neurčitú. Beriem na vedomie, že každý súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať dorúčením odvolania súhlasu zdravotnej poisťovni na adresu sídla spoločnosti. Súhlasy udeľujem jednotlivou pre samostatné účely špecifikované 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.

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 peňažná odplata, nepeňažná odmena ani iná výhoda finančnej povahy.

V _____ dňa _____

podpis poistenca/zástupcu poistenca

POTVRDENIE POISŤOVNE¹

Prihlášku za poisťovňu prevzal:

Meno a priezvisko Telefón

Interné číslo poisťovne Podpis

Dátum prijatia prihlášky¹ Čas

POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré som v prihláške vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Dátum vzniku verejného zdravotného poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum podania prihlášky Čas

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

Ďakujeme, že ste sa rozhodli podať prihlášku do zdravotnej poisťovne DÔVERA. Aby sme vám uľahčili jej vyplňanie, rozdelili sme prihlášku do piatich častí. Vyplňte, prosím, 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, vyplňte, prosím, aj časť 5.

Na tejto strane nájdete vysvetlivky a pomôcky, ktoré vám pomôžu prihlášku na verejné zdravotné poistenie vyplniť správne a za pár minút. Stranu odtrhnite a pri vyplňaní postupujte podľa nej. K prihláške priložte potrebné doklady (ich zoznam nájdete v spodnej časti tohto návodu) a pošlite nám ju poštou na adresu: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Cintorínska 5, 949 01 Nitra alebo ju odovzdajte osobne na ktorejkoľvek našej pobočke. Zoznam pobočiek nájdete na www.dovera.sk. V prípade akýchkoľvek otázok nám zavolajte na Zákaznícku linku 0850 850 850.

***B. Označenie poistenca podľa § 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.**

- 01 – osoba s trvalým pobytom na území SR
- 08 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zamestnaná v SR
- 09 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je SZČO
- 12 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je azylant
- 13 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent
- 14 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec bez zákonného zástupcu, ktorému sa poskytuje starostlivosť v zariadení
- 15 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je cudzincom zaisteným v SR
- 16 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
- 17 – nezaopatrený rodinný príslušník z EÚ a narodený v EÚ

***C. Štát ako platiteľ poistného**

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

- 01 – nezaopatrené dieťa
- 02 – študent z iného členského štátu, zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je SR viazaná alebo žiak alebo študent, ktorý je zároveň Slovákom žijúcim v zahraničí, najviac vo veku nezaopatreného dieťaťa
- 03 – osoba poberajúca dôchodok v SR, okrem poberateľa vdovského, vdoveckého a sirotckého dôchodku alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte
- 05 – osoba vedená v evidencii 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 stará o dieťa do šiestich rokov
- 08 – osoba, ktorá sa stará o občana ŤZP alebo sa stará o blízku osobu bezvládnú alebo nad 80 rokov, ktorá nie je umiestnená v zdravotníckom zariadení alebo zariadení sociálnych služieb
- 10 – osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi a spoločne posudzovaná osoba
- 12 – osoba vo výkone väzby alebo vo výkone trestu odňatia slobody
- 13 – osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na dôchodok
- 14 – azylant
- 15 – osoba vykonávajúca činnosť pre cirkevné, reholné alebo charitatívne spoločenstvo
- 16 – osoba umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu celoročne
- 18 – osoba invalidná, ktorej nevznikol nárok na invalidný dôchodok
- 19 – osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské alebo nemocensky poistená a ošetrojúca určenú osobu
- 21 – osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie
- 22 – manželka alebo manžel štátneho zamestnanca v cudzine
- 23 – fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím
- 24 – cudzinec zaistený na území SR
- 25 – osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného platu policajta a vojaka
- 27 – študent doktorandského štúdia

***A. Typ podnikania**

- 01 – živnostník
- 02 – poľnohospodárstvo - SHR
- 05 – športovec
- 06 – umelec
- 07 – obchodný zástupca
- 09 – iné
- 11 – lekár
- 12 – právnik
- 13 – finančný poradca
- 14 – iné slobodné povolanie

***D. Typ dôchodku**

- 1 – starobný
- 2 – predčasne starobný
- 3 – invalidný
- 5 – výsluhový
- 6 – výsluhový invalidný
- 10 – dôchodok z cudziny

***E. Označenie poistenca podľa § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.**

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

- 1 – prihlášku podáva zákonny zástupca alebo iná fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do výchovy alebo ak bol poistenec pozbavený spôsobilosti na právne úkony
- 2 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, ak zákonny zástupca nie je známy a maloletý poistenec je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu
- 3 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide o dieťa, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom
- 4 – prihlášku podáva za fyzickú osobu vo väzbe a fyzickú osobu vo výkone trestu odňatia slobody ústav na výkon väzby alebo ústav na výkon trestu odňatia slobody

DOKLADY POTREBNÉ NA PODANIE A ODOVZDANIE PRIHLÁŠKY PODĽA TYPOV POISTENCŮV

Ak prihlášku poistenca podávate **osobne**, prosíme vás, aby ste predložili na overenie údajov, resp. ak prihlášku zasielate **poštou**, aby ste k nej priložili aj **fotokópie** týchto dokladov:

a) novorodenec

- rodný list dieťaťa

b) osoba, ktorá mení zdravotnú poisťovňu

- rodný list dieťaťa, ak prihlášku podáva zákonny zástupca

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

- doklad o udelení pobytu na území SR s uvedením rodného čísla
- pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní, oprávnenie na vykonávanie činnosti (živnostenský list)

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

- potvrdenie ohlasovne o pobyte na území SR
- povolenie na pobyt vydané cudzineckou políciou

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

- pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní
- informácia o zdravotnej poisťovni, v ktorej bol pred pobytom v SR poistený v EÚ
- oprávnenie na vykonávanie činnosti (živnostenský list)

f) cudzinec – študent

- potvrdenie o návšteve školy
- doklady z MŠVVaŠ SR o tom, že ide o poistenca na zabezpečenie medzinárodných zmlúv a záväzkov, ktorými je SR viazaná