

# PRIHLÁŠKA POISTENCA NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Kód poisťovne <sup>1</sup>IČP – identifikačné číslo poistenca <sup>1</sup>Predchádzajúca ZP <sup>4</sup>

## POISTENEC

Rodné číslo <sup>4</sup>Dátum narodenia<sup>4</sup>Zmenená pracovná schopnosť<sup>7</sup> áno niePriezvisko <sup>4</sup>Meno<sup>4</sup>

Rodné priezvisko

Titul

Pohlavie

 muž žena

Verejne zdravotne poistená fyzická osoba

 s trvalým pobytom na území SR bez trvalého pobytu na území SROznačenie poistenca podľa § 3 <sup>3</sup>§ 6 <sup>3</sup>

Vypĺňa iba cudzinec

Štátna príslušnosť<sup>8</sup>

Číslo identifikačnej karty alebo pasu

Doba trvalého pobytu na území SR do

## ADRESA TRVALÉHO POBYTU

Ulica

Číslo

Telefón

Mesto/Obec

PSČ

E-mail

## ADRESA PRECHODNÉHO POBYTU / KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica

Číslo

PSČ

Mesto/Obec

## DOPLŇUJÚCE ÚDAJE

Korešpondenciu žiadam zasielať na adresu:

 Trvalého pobytu Prechodného pobytu / Korešpondenčnú adresu

Platiteľ poistného

 Štát Samoplatiteľ SZČO ZamestnanecOznačenie poistenca <sup>3</sup>Názov zamestnávateľa <sup>2</sup>IČO <sup>4</sup>

Ulica

Číslo

Telefón

Mesto/Obec

PSČ

E-mail

## ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA POISTENCA

Rodné číslo/IČO <sup>4</sup>Meno, priezvisko/  
názov, právna forma

Ulica

Číslo

Číslo OP

Mesto/Obec

PSČ

Tel. / E-mail

## ŽIADOSŤ O VYDANIE EURÓPSKEHO PREUKAZU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

 Žiadam NežiadamSpôsob prevzatia EPZP <sup>3</sup>Na osobné prevzatie EPZP <sup>3</sup> splnomocňujem: Osobne

Meno a priezvisko

 Doporučenou poštou

Číslo OP/ID alebo pasu

Rodné číslo <sup>4</sup>

## OVERENIE TOTOŽNOSTI POISTENCA

Skontroloval:

Meno a priezvisko

Podpis

Interné číslo konzultanta

Telefón

## VYHLÁSENIE POISTENCA

### Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Vyhlasenie poistenca: Podpisom tejto prihlášky poistenec vyhlasuje a potvrdzuje, že (I) všetky údaje ním uvedené v tejto prihláške sú správne, úplné a zodpovedajú skutočnosti a je si vedomý právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov, (II) súhlasí s tým, aby boli tieto údaje použité pre účel spracovania v zdravotnej poisťovni pre potreby verejného zdravotného poistenia a aby boli dané v prípade potreby k dispozícii kontrolným a nadriadeným orgánom zdravotnej poisťovne v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov, (III) si je vedomý plnenia oznamovacej povinnosti, v zmysle zákona o zdravotnom poistení, (IV) dôsledkom podpisu tejto prihlášky porozumel a je si vedomý aké práva a povinnosti pre neho vyplývajú z podpisu tejto prihlášky, (V) táto prihláška bola vyplnená zo strany poistenca slobodne a vážne a nebola podpísaná v tiesni a ani za inak nápadne nevýhodných podmienok.

Dátum  
podania  
prihlášky

Čas

## POTVRDENIE POISŤOVNE

Dátum vzniku verejného zdravotného poistenia/  
zmeny zdravotnej poisťovneDátum prijatia prihlášky <sup>1</sup>

Čas

Dátum potvrdenia prihlášky <sup>1</sup>

Prihlášku overil

Interné číslo  
oprávnenej  
osoby

Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby

<sup>1</sup> vyplní poisťovňa<sup>2</sup> vyplní len zamestnanec<sup>3</sup> podľa zadnej strany<sup>4</sup> nesmie sa prepisovať

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Vzorové písmo: polia vypisujeme zľava; píše čitateľne čiernym alebo modrým prepisovacím perom podľa predtlačenej vzoru. Text nesmie presahovať predtlačenej rámik.

## PRIHLÁŠKA – DRUH ČINNOSTI A DOKLADY POTREBNÉ K REGISTRÁCII POISTENCOV

### I. Označenie poistenca podľa § 3 zákona

Nižšie uvedené kódy vyplňte, ak máte trvalý pobyt na území SR a ste:

- 01 – poistený v SR
- 02 – zamestnaný a poistený v cudzine
- 03 – vyslaný do cudziny a poistený v cudzine
- 04 – vykonávajúci samostatne zárobkovú činnosť v cudzine a poistený v cudzine
- 05 – dlhšie ako 6 mesiacov v cudzine, kde ste poistený

Nižšie uvedené kódy vyplňte, ak nemáte trvalý pobyt na území SR, ale ste:

- 06 – zamestnaný v SR
- 07 – samostatne zárobkovo činná osoba
- 08 – azylant
- 09 – zahraničný študent
- 10 – maloletý cudzinec
- 11 – zaistený v SR
- 12 – vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody

### II. Označenie poistenca podľa § 6 zákona

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

- 20 – poistenec, ktorý bol pozbavený spôsobilosti na právne úkony
- 21 – poistenec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
- 22 – poistenec je maloletá osoba zverená do výchovy inej právnickej alebo fyzickej osoby, resp. zástupcu
- 23 – poistenec umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu
- 24 – poistenec, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom

### III. Poistenci, za ktorých platí poistné štát

- A. Nezaopatrené dieťa do skončenia povinnej školskej dochádzky (rodný list, DT zákonného zástupcu: pri utajenom pôrode údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti; ak nie je zástupca známy, údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo o detskom domove)
- B. Nezaopatrené dieťa po skončení povinnej školskej dochádzky (DT, potvrdenie o návšteve školy)
- C. Poberateľ dôchodku (DT, rozhodnutie o priznaní dôchodku)
- D. Osoba vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie (DT, potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny)
- E. Osoba starajúca sa celodenne o dieťa vo veku do 6 rokov (DT zákonného zástupcu, potvrdenie o dávkach, rodný list dieťaťa)
- F. Osoba starajúca sa o osobu s nepriaznivým zdravotným stavom alebo o blízku osobu staršiu ako 80 rokov (DT, doklad o dávkach, čestné prehlásenie)
- G. Osoba, ktorej z dôvodu starostlivosti o blízku osobu nevznikol nárok na dôchodok a vzhľadom na svoj vek nie je zárobkovo činná (DT, čestné prehlásenie)
- H. Osoba poberajúca dávky v hmotnej núdzi a invalidná osoba bez nároku na invalidný dôchodok (DT, potvrdenie úradu alebo obce o dávkach)
- K. Osoba vo väzbe a vo výkone trestu odňatia slobody (DT, potvrdenie ZVJS)
- L. Osoba v dôchodkovom veku bez nároku na dôchodok (DT, čestné prehlásenie)
- M. Fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu alebo manžel/manželka diplomata (DT, potvrdenie služ. úradu)
- N. Osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné alebo charitatívne spoločenstvo bez príjmu z tejto činnosti (DT, potvrdenie príslušného spoločenstva, čestné prehlásenie)
- O. Osoba umiestnená v zariadení podľa rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb (DT – pas, potvrdenie príslušného zariadenia)
- U. Osoba poberajúca náhradu mzdy, nemocenské alebo ošetrovné (doklad o PN alebo OČR)
- X. Zahraničný študent na zabezpečenie účasti na medzinárodných zmlúv (DT – pas, potvrdenie Ministerstva školstva SR)
- Z. Žena poberajúca materské (DT, potvrdenie o dávkach)

### IV. Poistenci, ktorí si platia poistné sami

- P. Samostatne zárobkovo činná osoba (DT, živnostenský list, koncesia, oprávnenie na vykonávanie SZČ, odpis z ročného zúčtovania)
- Q. Osoba dobrovoľne nezamestnaná (DT, čestné prehlásenie, daňové priznanie)
- R. Osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená, nie je zamestnancom, nie je SZČO ani osobou, za ktorú platí poistné štát

### V. Poistenci, za ktorých platí poistné iná právnická alebo fyzická osoba

- S: Zamestnanec (DT)

### VI. Žiadosť o vydanie Európskeho preukazu zdravotného poistenia

#### Poučenie:

- APOLLO zdravotnej poisťovni, a. s. dávam súhlas na spracovanie osobných údajov prostredníctvom sprostredkovateľa tlače preukazu v rozsahu potrebnom pre tlač a expedíciu EPZP
- súhlas na spracovanie osobných údajov môže žiadateľ o EPZP (poistenec, zákonný zástupca) odvolať do doby odovzdania údajov sprostredkovateľovi vyhotovenia EPZP – podľa § 5 ods. 4 a § 7 ods. 2 zák. č. 428/2002 Z. z.
- zdravotná poisťovňa vydá EPZP do 30 dní od podania žiadosti:
  - Osobne – preukaz si môžete vyzdvihnúť iba na pobočke, kde ste podali žiadosť.
  - Doporučenou poštou – preukaz Vám bude zaslaný doporučenou poštou na adresu trvalého pobytu alebo na adresu, na ktorú ste nás žiadali zasielať korešpondenciu
- v prípade potreby skoršieho vycestovania Vám na našich pracoviskách hneď vydáme náhradný certifikát k EPZP, ktorý má platnosť 3 mesiace
- od 1. 5. 2007 sa poplatok za vydanie EPZP stanovuje na 0 EUR.

\*DT) – doklad (napr. občiansky preukaz, identifikačná karta, cestovný pas, preukaz poslanca a pod.)

#### Poučenie

Prihlášku na verejné zdravotné poistenie je poistenec povinný podať do 8 dní odo dňa vzniku skutočnosti, ktorá zakladá vznik verejného zdravotného poistenia. Za poistenca, ktorý bol pozbavený spôsobilosti na právne úkony, je povinný podať prihlášku jeho zákonný zástupca, ak je známy. Za fyzickú osobu vo väzbe a fyzickú osobu vo výkone trestu odňatia slobody, ak nie je zdravotne poistená, je povinný podať prihlášku ústav na výkon väzby/trestu odňatia slobody. Za maloletého poistenca je povinný podať prihlášku zákonný zástupca alebo iná osoba, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, ak táto povinnosť nebola prevezená na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie sociálnych služieb.

Prihlášku možno podať len v jednej zdravotnej poisťovni.

#### Adresné údaje APOLLO zdravotná poisťovňa, a. s. pre kontakt s poistencami

| Kód  | Názov               | Ulica a číslo       | PSČ    | Sídlo           | Telefón           | Fax           | E-mail       | Vybavovanie stránok                    |
|------|---------------------|---------------------|--------|-----------------|-------------------|---------------|--------------|--|
| 2461 | pobočka Bratislava  | Kazanská 44         | 820 14 | Bratislava 214  | 02/352 416 13, 14 | 02/352 419 99 | ba@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |
| 2406 | pobočka Nitra       | Sládkovičova 1      | 949 01 | Nitra           | 037/312 4216      | 037/651 0051  | nr@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |
| 2408 | pobočka Skalica     | Potočná 85          | 909 01 | Skalica         | 034/312 4111, 12  | 034/312 4999  | gb@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |
| 2421 | pobočka B. Bystrica | Partizánska cesta 3 | 974 01 | Banská Bystrica | 048/312 4310      | 048/411 3998  | bb@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |
| 2427 | pobočka Púchov      | ul. 1. mája 896     | 020 01 | Púchov          | 042/312 4417      | 042/312 4999  | pu@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |
| 2445 | pobočka Michalovce  | Masarykova 49       | 071 01 | Michalovce      | 056/312 4501      | 056/312 4999  | mi@apollo.sk | Po – Št: 8:00 – 16:00 Pi: 8:00 – 13:30 |