

1. POISTENEC Identifikačné číslo poistenca ¹ EČ ¹ Zmena ZP ¹ Vznik ZP ¹

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

Žiadam o prístup do elektronickej pobočky

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

Názov IČO

Ulica Číslo

Mesto/obec 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^{*A}

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

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

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

Rodinná väzba (vzťah k poistencovi) Otec Matka Iné Označenie poistenca podľa § 6^{*D}

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

Označením príslušného políčka a ako poistenec/zástupca poistenca dávam obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436 podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov **súhlas** na: spracovanie všetkých osobných údajov uvedených v tejto prihláške za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, o jej zmluvných partneroch a nimi poskytovaných službách a výhodách.

sprístupnenie osobných údajov o poskytnutej a plánovanej zdravotnej starostlivosti z účtu poistenca, vrátane údajov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytnutých dotknutou osobou/zástupcom dotknutej osoby v elektronickej pobočke poistenca ošetrovateľovi lekárovi dotknutej osoby prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne.

Tento súhlas udeľujem na dobu neurčitú, do jeho písomného odvolania.

Poistenec zároveň čestne vyhlasuje, že mu v súvislosti s podávaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie v zdravotnej poisťovni DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. nebola ponúknutá ani poskytnutá 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 prihlášky ¹	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} - vyplňte podľa vysvetlíviok na str. 3 „Návod ako správne vyplniť prihlášku“

1. POISTENEC Identifikačné číslo poistenca¹ EČ¹ Zmena ZP¹ Vznik ZP¹

Rodné číslo	Dátum narodenia	Titul
Meno	Priezvisko	
Rod. priezvisko	Pohlavie muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	
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: <input type="checkbox"/> Trvalého pobytu <input type="checkbox"/> Prechodného pobytu/korešpondenčnú adresu <input type="checkbox"/> Preukaz prevezmem osobne		
<input type="checkbox"/> Žiadam o prístup do elektronickej pobočky		

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

Názov	IČO
Ulica	Číslo
Mesto/obec	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^{*A}

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

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Rodné číslo/IČO	Meno, priezvisko/názov, právna forma
Rodinná väzba (vzťah k poistencovi)	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/> Označenie poistenca podľa § 6 ^{*D}
Ulica	Číslo PSČ
Mesto/obec	Telefón

5. VYPLNÍ LEN CUDZINEC

Štátna príslušnosť

Číslo ID karty alebo pasu

Pobyt na území SR do

Nezaopatrený rodinný príslušník podľa čl. 1 bod i) nariadenia EP a Rady č. 883/2004

Označením príslušného políčka a ako poistenec/zástupca poistenca dávam obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436 podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov **súhlas** na: spracovanie všetkých osobných údajov uvedených v tejto prihláške za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, o jej zmluvných partneroch a nimi poskytovaných službách a výhodách. prístup k osobným údajom o poskytnutej a plánovanej zdravotnej starostlivosti z účtu poistenca, vrátane údajov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytnutých dotknutou osobou/zástupcom dotknutej osoby v elektronickej pobočke poistenca ošetrovateľovi/lekárovi dotknutej osoby prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne.

Tento súhlas udeľujem na dobu neurčitú, do jeho písomného odvolania.

Poistenec zároveň čestne vyhlasuje, že mu v súvislosti s podávaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie v zdravotnej poisťovni DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. nebola ponúknutá ani poskytnutá 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 prihlášky ¹	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

¹ Vyplní poisťovňa, ^{*A,B,C,D} - vyplňte podľa vysvetlívkov 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.

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

- 1 – osoba s trvalým pobytom na území SR
- 8 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zamestnaná v SR
- 9 – 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

***B. 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 sirotského 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 bezvládnou 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

***C. Typ dôchodku**

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

The image shows a sample of the application form. It is divided into five main sections: 1. POISTENEC (Insured person), 2. ZAMESTNÁVATEĽ (Employer), 3. DOPĽNÚJUCE OSOBY (Additional persons), 4. ZÁSTUPCA POISTENCA (Representative of the insured person), and 5. VYPLNĽEN CUDZINEC (Completed by foreigner). At the bottom, there is a table for 'Označenie poistenca podľa § 3' and 'Typ dôchodku'. The form includes fields for personal data, contact information, and a declaration section.

***D. 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 zákoný 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 zákoný 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 zákoný 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