

VZNIK ZDRAVOTNÉHO POISTENIA ZMENA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE ŽIADOSŤ O VYDANIE EURÓPSKEHO PREUKAZU

POISTENEC _____ ČÍSLO POISTENCA _____ KÓD POISŤOVNE **2 7**

Priezvisko* _____ **Meno*** _____
Titul _____ **Titul za** _____ **Pohlavie*** _____ **Rodné priezvisko*** _____
Dátum narodenia* _____ **Rodné číslo*** _____ **Štátna príslušnosť*** _____
Číslo ident. dokladu* _____ **Pobyt v SR do (cudzinec)** _____ **V prípade prechod. pobytu zaškrtnite (cudzinec)** _____
Adresa trvalého pobytu*
Ulica* _____ **Číslo súp./orientačné*** _____ / _____
Obec* _____ **PSČ*** _____ **Štát** _____ **Telefón** _____
E-mail _____ **IBAN** _____
Adresa prechodného pobytu
Ulica _____ **Číslo súp./orientačné** _____ / _____
Obec _____ **PSČ** _____ **Štát** _____
Korešpondenčná adresa
Ulica _____ **Číslo súp./orientačné** _____ / _____
Obec _____ **PSČ** _____ **Štát** _____
 V prípade nevyplnenia korešpondenčnej adresy, korešpondenciu žiadam zasielať na adresu Trvalého pobytu Prechodného pobytu Preukaz prevezmem osobne
Platiteľ poistného* (pozri str. 2 – označenie kategórií poistencov) **Štát** **1** _____ **Zamestnávateľ/Zamestnanec** _____ **SZČO** _____ **Samoplatiteľ** _____ **2**
Označenie poistenca podľa* §3 _____ §6 _____ **Názov zamestnávateľa/SZČO** _____
Príslušná (súčasná) zdravotná poisťovňa* Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., kód 25 DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s., kód 24
Dátum vzniku poistného vzťahu _____ **Dátum a čas podania prihlášky*** _____
 Žiadam Union poisťovňu, a. s., IČO 31 322 051 o zaslanie návrhu zmluvy o Individuálnom zdravotnom poistení Moje Zdravie v rozsahu balíka
 A (ročné poistné 42 eur) B (ročné poistné 66 eur) **Poistné budem uhrádzať** štvrťročne polročne ročne

PRIHLÁŠKU PODÁVA (vyplní sa v prípade, ak prihlášku podáva zákonný zástupca poistenca alebo osoba oprávnená konať v mene poistenca)

Názov, právna forma _____ **IČO** _____
Priezvisko* _____ **Meno*** _____
Titul _____ **Titul za** _____ **Rodné číslo*** _____ **Splnomocnenie** _____
Číslo ident. dokladu* _____ **Štátna príslušnosť (len cudzinec)** _____
Adresa trvalého pobytu/sídlo*
Ulica* _____ **Číslo súp./orientačné*** _____ / _____
Obec* _____ **PSČ*** _____ **Štát** _____
Telefón _____ **E-mail** _____
Adresa prechodného pobytu
Ulica _____ **Číslo súp./orientačné** _____ / _____
Obec _____ **PSČ** _____ **Štát** _____
Korešpondenčná adresa
Ulica _____ **Číslo súp./orientačné** _____ / _____
Obec _____ **PSČ** _____ **Štát** _____

Podpis poistenca/osoby oprávnenej konať v mene poistenca*
 (svojím podpisom potvrdzujem správnosť a úplnosť vyplnených údajov v prihláške)

POTVRDENIE Union zdravotná poisťovňa, a. s., spracúva osobné údaje poistenca a osoby oprávnenej konať za poistenca na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia. Union poisťovňa a. s., spracúva osobné údaje poistenca a osoby oprávnenej konať za poistenca na účely predloženia návrhu poistnej zmluvy o Individuálnom zdravotnom poistení Moje zdravie. Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu sú dostupné na <http://www.union.sk/> časť Ochrana osobných údajov.

Súhlas s poskytnutím osobných údajov poistenca a osoby konajúcej v mene poistenca
 SÚHLASÍM, ABY MI UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A. S., AKO AJ UNION POISŤOVŇA, A. S., ZASIELALI NOVINKY A INFORMÁCIE O VÝHODÁCH, ZĽAVÁCH, PRODUKTOCH A SLUŽBÁCH. Udeľením tohto súhlasu súhlasíte s tým, aby vaše osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa boli spracúvané spoločnosťami Union zdravotná poisťovňa, a. s., Union poisťovňa, a. s., a aj ich prípadnými dcérskymi spoločnosťami, na účely marketingových aktivít. Súčasne súhlasíte s použitím vášho telefónneho čísla a e-mailovej adresy na zasielanie marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý na dobu počas trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu 5 rokov po jeho ukončení. Poskytnutie osobných údajov na uvedené účely nie je povinné. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.
 áno (súhlasím) nie (nesúhlasím)

V _____ dňa _____ **Podpis poistenca/osoby oprávnenej konať v mene poistenca** _____

Dátum a čas prijatia prihlášky _____
Meno a priezvisko zamestnanca _____
Interné číslo zamestnanca _____ **Podpis zamestnanca** _____
 Union zdravotná poisťovňa, a. s.

Návod na vyplnenie je na zadnej strane prihlášky. Poistenc vyznačených častí. *Polia označené hviezdčičkou sú povinné. ^{1,2}Doplňte písmeno, pozrite stranu 2 z označenia kategórií poistencov pre aktuálny typ platiteľa v čase podania prihlášky.

Vzorové písmo: podľa vyplývajúceho zobrazenia, píšte čitateľne, číselným alebo modrým prepisovacím perom podľa predtlačenej vzoru. Text nesmie presahovať predtlačný rámik.
 A | Á | B | C | Č | D | Ď | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | Š | T | U | V | W | X | Y | Z | Ž | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9

Označenie kategórií poistencov

- 1A.** Nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30. roku veku, ktorá študuje na vysokej škole najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium druhého alebo tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak bol zápis na vysokoškolské štúdium druhého alebo tretieho stupňa vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v dennej forme štúdia.
- 1B.** Fyzická 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.
- 1C.** Fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok a rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená.
- 1D.** Fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok.
- 1E.** Fyzická osoba, ktorá je invalidná a ktorej nevznikol nárok na invalidný dôchodok.
- 1G.** Obvinený vo väzbe alebo odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody, obvinený vo väzbe alebo odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistený.
- 1H.** Fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne.
- 1I.** Študent z iného členského štátu a zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná, žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike.
- 1J.** Fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie.
- 1K.** Fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov.
- 1L.** Fyzická osoba, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení.
- 1M.** Manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva prácu vo verejnom záujme v zahraničí.
- 1N.** Fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu.
- 1O.** Fyzická osoba,
1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu,
2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná práceneschopnosť,
3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni.
- 1P.** Fyzická osoba, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi, a fyzická osoba, ktorá sa spoločne posudzuje na účely posudzovania v hmotnej núdzi.
- 1Q.** Fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie.
- 1R.** Cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky.
- 1S.** Azylant.
- 1T.** Fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo.
- 1U.** Fyzická osoba, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo pre úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.
- 1V.** Študent doktorandského študijného programu v dennej forme štúdia, ak celková dĺžka jeho doktorandského štúdia neprekročila štandardnú dĺžku štúdia pre doktorandský študijný program v dennej forme a nezáskal už vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa alebo nedovŕšil vek 30 rokov.
- 1X.** Fyzická osoba vykonávajúca dobrovoľnú vojenskú službu.
- X.** Zamestnanec.
X. Samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO).
X. Samoplatiteľ – osoba dobrovoľne nezamestnaná (osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená podľa zákona a nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou a osobou, za ktorú platí poistné štát).

Označenie poistenca podľa § 3

- 01.** Poistenec s trvalým pobytom.
06. Poistenec nemá trvalý pobyt a je zamestnaný v SR.
07. Poistenec nemá trvalý pobyt a je SZČO.
08. Poistenec nemá trvalý pobyt a je azylant.
09. Poistenec nemá trvalý pobyt a je zahraničný študent, žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike.
10. Poistenec nemá trvalý pobyt a je maloletý cudzinec v zariadení.
11. Poistenec nemá trvalý pobyt a je zaistený cudzinec.
12. Poistenec nemá trvalý pobyt a je cudzinec vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody.
13. Poistenec nemá trvalý pobyt a je nezaopatrený rodinný príslušník, ktorý sa poistencovi narodil v inom členskom štáte.
14. Poistenec nemá trvalý pobyt a poberá starobný dôchodok zo Slovenskej republiky.
15. Poistenec EÚ nemá trvalý pobyt a má bydlisko (nar. EP a Rady ES č. 883/2004 a 987/2009).
16. EÚ – zmena poisťovne NRP – nositeľ v UZP.
17. Nezaopatrené dieťa cudzinca tretej krajiny.
18. Nezaopatrený rodinný príslušník – EÚ.

Označenie poistenca podľa § 6

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

Doklady potrebné na vyplnenie prihlášky podľa typov poistencov:

- a) Novorodenec**
- Občiansky preukaz (OP), prípadne cestovný pas (CP) zákonného zástupcu
 - Rodný list dieťaťa
- b) Osoba, ktorá sa prehlasuje z inej zdravotnej poisťovne**
- Občiansky preukaz (OP), prípadne cestovný pas (CP) poistenca alebo zákonného zástupcu
- c) Cudzinec, s trvalým pobytom mimo územia EÚ, ktorý je na území SR zamestnaný alebo SZČO**
- Doklad o udelení pobytu na území SR s uvedením rodného čísla
 - Pracovná zmluva, oprávnenie na vykonávanie SZČO (živnostenský list)
- d) Cudzinec, ktorý získal povolenie na trvalý pobyt na území SR**
- Povolenie na trvalý pobyt vydané cudzineckou políciou
- e) Cudzinec s trvalým pobytom v inom členskom štáte EÚ, ktorý je na území SR zamestnaný alebo SZČO**
- Pracovná zmluva, oprávnenie na vykonávanie SZČO (živnostenský list)
- f) Cudzinec – študent**
- Potvrdenie o návšteve školy
 - Doklad z MŠVVaŠ SR, že ide o poistenca na zabezpečenie medzinárodných zmlúv a záväzkov, ktorými je SR viazaná

V prípade, že prihlášku podávate poštou, predložte uvedené prílohy ako fotokópiu k prihláške.