

ŽIADOSŤ O VYDANIE kombinovaného preukazu poistenca / európskeho preukazu zdravotného poistenia (EPZP) *

Poistenec

Meno a priezvisko	
Rodné číslo	
Adresa	PSČ
Telefón	E-mail

Osoba oprávnená konať v mene poistenca (vypisujte ak žiadate za dieťa do 18 rokov alebo za inú osobu, ktorú zastupujete)

Meno a priezvisko	Číslo OP
Rodné číslo	
Adresa	PSČ
Telefón	E-mail

Spôsob doručenia kombinovaného preukazu poistenca / EPZP

- Prevzatie osobne** (uviest' kontaktné miesto zdravotnej poisťovne)
- Doručenie poštou** (na adresu)

Osoba oprávnená konať za poistenca svojím podpisom dáva súhlas so spracovaním svojich osobných údajov v rozsahu podľa tejto žiadosti za účelom vybavenia tejto žiadosti. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinný. Osoba oprávnená konať v mene poistenca potvrdzuje, že si je vedomá toho, že tento súhlas môže kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätný účinok. Svojím podpisom zároveň potvrdzuje, že si je vedomá svojich práv ako dotknutej osoby plynúcich jej z platnej legislatívy upravujúcej ochranu osobných údajov.

V dňa
podpis poistenca / osoby oprávnenej konať v mene poistenca

V dňa
podpis a pečiatka ZP

* Zdravotná poisťovňa vydáva kombinovaný preukaz poistenca len ak vám nebol vydaný občiansky preukaz alebo doklad o pobyte s elektronickým čipom. Tieto vymenované doklady nahrádzajú preukaz poistenca a môžete sa nimi preukazovať u lekára aj v lekárni.