

Žiadosť o úhradu časti ceny očkovacej látky („ďalej len žiadosť“)

Evidenčné číslo žiadosti (vyplní poverený zamestnanec Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

1. Identifikačné údaje

1.1. Poistenec:	
Priezvisko: _____	Meno: _____
Adresa bydliska (ulica, mesto, PSČ): _____	
tel. kontakt: _____	e-mail: _____
Rodné číslo: _____	Poistenec UZP číslo IČP ¹ : _____
1.2. Zákonný zástupca poistenca (vyplňte len v prípade, ak poistencom v bode 1.1 je maloletá osoba):	
Priezvisko: _____	Meno: _____
tel. kontakt: _____	e-mail: _____
1.3. Poskytovateľ ZS:	Miesto pre pečiatku a podpis lekára:
Kód PZS: _____	
Názov a adresa indikujúceho PZS: _____	
Meno a priezvisko lekára: _____	Kód lekára: _____
Tel. kontakt: _____ fax: _____	Email: _____

2. Druh vakcíny a výška príspevku na očkovanie: (vyplní poverený zamestnanec Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

Meningokoky – 50% z ceny vakcíny pre poistencov od 12 mesiacov veku života	
<input type="checkbox"/> NIMENRIX plv iol 1x3 ml solv.;(1 dávka);(liek.inj.skl.+amp.skl.) kód 1137A	
<input type="checkbox"/> NIMENRIX plv iol 1x3 ml +1+1,25 ml solv.:(1 dávka);(liek.inj. skl.+striek.inj.napl.skl.+2 ihly) kód 1135A	
<input type="checkbox"/> NIMENRIX plv iol 1x3 ml +1x1,25 ml solv.:(1 dávka);(liek.inj.skl.+striek.inj.napl.skl.) 1133A	
Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____	EUR
Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____	(dd.mm.rr.)
Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____	EUR

Hepatitída typu A+B – 50% z ceny každej vakcíny pre poistencov od 16 rokov	
<input type="checkbox"/> TWINRIX ADULT sus inj 1x1 ml; (3 dávky) kód 41939	
Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____	EUR
Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____	(dd.mm.rr.)
Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____	EUR

Hepatitída typu A – 50% z ceny každej vakcíny základného očkovania, vrátane doočkovania a preočkovania pre poistencov od 1 roka.	
<input type="checkbox"/> HAVRIX 720 Jun.monodose sus inj 1x 0,5 ml/720 eu; (2 dávky od 1 roka do 15 rokov vrátane) kód 25982	
<input type="checkbox"/> HAVRIX 1440 Dos.adulta sus inj 1x1 ml/1440 eu; (2 dávky od 16 rokov) kód 25980	
<input type="checkbox"/> AVAXIM 160 sus inj 1x 0,5 ml; (2 dávky od 16 rokov) kód 92296	
<input type="checkbox"/> VAQTA 25U sus inj 1x 0,5 ml;/25 U; (2 dávky do 17 rokov) kód 14675	
<input type="checkbox"/> VAQTA 50 U sus inj 1x1 ml/50U; (2 dávky od 18 rokov) kód 14677	
Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____	EUR
Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____	(dd.mm.rr.)
Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____	EUR

Pneumokoky – 50% z ceny vakcíny pre poistencov od 2 rokov.

- PREVENAR 13 1x0,5 ml (1 dávka) kód C85033**
- PREVENAR 13 inj.susp 10x0,5 ml (1 dávka) kód C85035**

Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____ EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____ (dd.mm.rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____ EUR

HPV – ľudský papilomavírus – 50% z ceny každej vakcíny základného očkovania, vrátane doočkovania pre poistencov a poistenky vo veku od 13 do 15 rokov vrátane.

- CERVARIX sus inj1x0,5 ml; (2 dávky vo veku 13-14 rokov, 3 dávky vo veku 15 rokov) kód 45237**
- SILGARD sus inj 1x0,5 ml; (3 dávky vo veku 13-15 rokov) kód C36697, kód 36695**
- GARDASIL 9 sus inj 1x0,5 ml;;(3 dávky vo veku 13 -15 rokov) (striek.inj.skl.napl.+2 ihly) kód 4660B, kód 4659 B**

Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____ EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____ (dd.mm.rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____ EUR

Varicella – ovčie kiahne – 50% z ceny každej vakcíny pre poistencov od 1 roka

- VARIVAX plv iul 1x0,5 ml; (2 dávky) kód 95505**

Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____ EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____ (dd.mm.rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____ EUR

Kliešťová encefalitída – 50% z ceny každej vakcíny základného očkovania (3 dávky), vrátane doočkovania a preočkovania pre poistencov od 1 roka.

- ENCEPUR Children sus inj 1x0,25 ml; kód 83779, kód 42469**
- FSME – IMMUN Junior sus inj 1x0,25 ml; kód 23735, kód 95564**
- ENCEPUR Adults sus inj 1x0,5 ml; kód 76041, kód 32827**
- FSME – IMMUN sus inj 1x0,5 ml; kód 94989**

Úhrada poistenca/ zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: _____ EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: _____ (dd.mm.rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: _____ EUR

3. Platobné údaje (vyplní poistenec, resp. zákonný zástupca)

IBAN: _____ č.ú.: _____

kód banky: _____

Poštovou poukážkou na adresu poistenca/zákonného zástupcu.

4. Prílohy (vyplní poistenec, resp. zákonný zástupca)

Počet účtovných dokladov: _____

Počet očkovacích látok: _____

- Základné očkovanie – očkovacie látky v počte podľa typu očkovania, určené na základnú ochranu proti vírusu.
- Doočkovanie - očkovacie látky potrebné na ukončenie základného očkovania, napr. pri zmene zdravotnej poisťovne, keď poistenec už začal a ešte neukončil základné očkovanie.
- Preočkovanie – očkovacia látka pre zabezpečenie dlhodobej ochrany po základnom očkovaní.

5. Podmienky poskytnutia úhrady časti ceny lieku – očkovacej látky

- Poskytovateľ má v čase žiadosti o úhradu lieku s poistencom poisťovne uzatvorenú platnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 12 ods.7 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.
- Poistenec musí mať platný poistný vzťah v Union zdravotnej poisťovne, a.s. v čase vydania očkovacích látok.
- Liek (očkovacia látka) je podpísaný na lekársky predpis oprávneným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a súčasného dodržiavania vakcinačnej schémy uvedenej v súhre charakteristických vlastností lieku, za dodržania vekovej podmienky poistenca uvedenej vo všeobecných podmienkach pre konkrétny liek a ktorá je vydaná poskytovateľom lekárenskej starostlivosti poistencovi najskôr po 01. júni 2018 a počas trvania verejného prísľubu.
- Liek bude podaný pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti so špecializáciou všeobecný lekár pre dospelých alebo lekár pre deti a dorast.
- Poistenec predloží poisťovni **vyplnenú a vlastnoručne podpísanú písomnú žiadosť na určenom tlačíve „Žiadosť o úhradu časti ceny očkovacej látky“ a originály účtovných dokladov potvrdzujúcich nákup všetkých dávok vakcín.**

6. Informovaný súhlas poistenca/zákonného zástupcu

Svojím podpisom potvrdzujem, že som porozumel podmienkam pre poskytnutie príspevku na očkovanie. Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru očkovania a údaje, ktoré som uviedol v tejto žiadosti sú správne a pravdivé. Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že viem zdravý spôsob života, plne rozumiem charakteru poskytnutia príspevku a údaje, ktoré som uviedol(a) v tejto žiadosti sú správne, pravdivé a úplné. Beriem na vedomie, že v prípade uvedenia nesprávnych, resp. klamlivých informácií má Union zdravotná poisťovňa právo spätného vymáhania poskytnutého príspevku.

Miesto a dátum

Podpis

7. Súhlas so spracovaním osobných údajov

Podpísaný zákonný zástupca poistenca ako osoba oprávnená konať za poistenca týmto súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov v rozsahu podľa bodu 1.2 tejto žiadosti za účelom a do doby úhrady časti ceny očkovacej látky pre poistenca. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinný. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu musí byť voči spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. Zároveň potvrdzujem, že som si vedomý(á) svojich práv plynúcich mi ako dotknutej osobe podľa platnej legislatívy upravujúcej ochranu osobných údajov.

Právnym základom spracúvania osobných údajov poistenca je §16 ods. 7 a 8 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Miesto a dátum

Podpis

Žiadosť vyplňte a spolu s prílohami (účtovnými dokladmi) odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Union zdravotnej poisťovne, a.s., prípadne zašlite na adresu sídla spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. Karadžičova 10, 814 53 Bratislava. Na obálku uveďte poznámku „Očkovanie“.

8. Overenie poisteného vzťahu poistenca/zákonného zástupcu a vybavenie žiadosti:

V _____, dňa: _____

Kontaktné telefónne číslo: _____

_____ podpis overujúceho zamestnanca Union zdravotnej poisťovne, a.s.