

## Žiadosť o úhradu príspevku na kurz plávania pre bábätká („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): .....

Rodné číslo: ..... Vek: ..... Poistenec UZP číslo IČP<sup>1</sup>: .....

#### 1.2 Zákonný zástupca poistenca:

Priezvisko: ..... Meno: .....

tel. kontakt: ..... e-mail: .....

#### 1.3 Prevádzkovateľ plaveckého kurzu<sup>2</sup>:

Názov a adresa prevádzkovateľa kurzu: .....

IČO: ..... DIČ: .....

Absolvovaný termín plaveckého kurzu: .....

tel. kontakt: ..... pečiatka a podpis prevádzkovateľa: .....

### 2. Výška príspevku Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s. za výkon plávania pre dieťa je 30 eur/ kurz

### 3. Platobné údaje poistenca (vyplní zákonný zástupca poistenca)

Na účet v banke (IBAN format): .....

Poštovou poukážkou na adresu zákonného zástupcu poistenca.

### 4. Prílohy (vyplní zákonný zástupca poistenca)

Potvrdenie o zaplatení z registračnej pokladne / príjmový pokladničný blok

Počet pokladničných dokladov: .....

Iné .....

<sup>1</sup> IČP - identifikačné číslo poistenca - číslo uvedené na preukaze poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s., začínajúce sa číslicami 2700 + špecifické označenie, napr. 2700XY1234. Potrebné je uviesť celé číslo!

<sup>2</sup> v prípade, ak poistenec nepredloží prihlášku na plavecký kurz od prevádzkovateľa je potrebné vypísať údaje v bode 1.3. Prevádzkovateľ plaveckého kurzu

## 5. Informovaný súhlas poistenca / zákonného zástupcu/inej oprávnenej osoby

Svojim podpisom potvrdzujem, že pred podaním tejto žiadosti som sa v celom rozsahu oboznámil(a) s obsahom verejného prísľubu Union zdravotnej poisťovne, a.s., pričom som porozumel/a všetkým podmienkam pre poskytnutie príspevku na plávanie pre poistenca. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru poskytnutému 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 zákonného zástupcu poistenca  
resp. inej osoby oprávnenej konať v mene poistenca

## 6. 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 príspevku na plávanie 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 zákonného zástupcu poistenca  
resp. inej osoby oprávnenej konať v mene poistenca

**Vyplnenú a podpísanú žiadosť spolu s prílohami odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Union zdravotnej poisťovne, a.s., prípadne zašlite poštou na adresu sídla spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 814 53 Bratislava. Na obálku uveďte poznámku „Plávanie pre dieťa“.**

### Overenie poistného vzťahu poistenca na vybavenie žiadosti:

V ....., dňa: .....

Kontaktné telefónne číslo: .....

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