Union
Zdravotná Poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517

Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 3832/B

Žiadosť o úhradu príspevku na zubnú korunku
(„ďalej len žiadosť“)

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

1. Identifikačné údaje
(vyplní zákonný zástupca poistenca, údaje sú povinné s výnimkou údajov označených indexom (*))

1. 1 Poistenec:

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

Adresa bydliska (ulica, mesto, PSČ): .....

Rodné číslo:..... **Vek**..... Poistenec UZP **číslo IČP**[1] : .....

1. 2 Poskytovateľ ZS*:

Kód PZS .....

Názov a adresa indikujúceho PZS: .....

Meno a priezvisko lekára: ..... Kód lekára: .....

tel. kontakt:.....pečiatka a podpis lekára.....

2. Počet a lokalizácia koruniek, cena výkonu:
(vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Počet implementovaných koruniek (**zdravotnícka pomôcka Z12105**): ……..

Celková úhrada poistenca za korunky: ..... €

Zub č.11.....	Zub č.41.....	Zub č.21……..	Zub č.31.....
Zub č.12.....	Zub č.42.....	Zub č.22……..	Zub č.32.....
Zub č.13……..	Zub č.43.....	Zub č.23……..	Zub č.33.....

Dátum výkonu: .....

.....
Pečiatka a podpis PZS

3. Výška príspevku Union zdravotnej poisťovne, a.s.:
(vyplní poverený zamestnanec Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne,a.s. za všetky korunky:…….....€

[1] IČP - identifikačné číslo poistenca - číslo začínajúce sa číslicou 2700 + špecifické označenie, napr. 2700XY1234. Potrebné je uviesť celé číslo!

4. Platobné údaje poistenca

☐ Na účet v banke (IBAN formát): ……
☐ Poštovou poukážkou na adresu zákonného zástupcu poistenca.

5. Prílohy

Potvrdenie o zaplatení z registračnej pokladne / príjmový pokladničný blok
☐ Počet pokladničných dokladov: .....
☐ Iné .....

6. 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 všetkým podmienkam pre poskytnutie príspevku na zdravotnícku pomôcku Z12105. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru benefitu 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 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 „Korunky zubov“, pre rýchlejšie vybavenie Vašej žiadosti.

7. Overenie poistného vzťahu poistenca na vybavenie žiadosti:

V ....., dňa: .....

Kontaktné telefónne číslo: ....
podpis overujúceho zamestnanca Union zdravotnej poisťovne, a.s.