Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

Žiadosť o preplatenie časti nákladov za preventívnu prehliadku poistencom Union zdravotná poisťovňa, a.s., aktívnym v organizovanom športe

podľa § 2 ods. 2 až 4 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Vyplní žiadateľ (čitateľne, tlačeným písmom)

Meno a priezvisko:	**Rodné číslo:**
Adresa trvalého bydliska:	
Kontaktná (prechodná) adresa:	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu:	

žiadam o úhradu časti nákladov za preventívnu prehliadku v rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnych prehliadok organizovaných aktívnych športovcov uvedených v prílohe č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. (kompletné vyšetrenie všetkých orgánov, EKG, spirometrické vyšetrenie).

Spôsob úhrady

☐ **Na účet:**

☐ **Poštovou poukážkou na adresu:**

Prehlásenie:
Som si vedomý/á že Union zdravotná poisťovňa, a.s. si môže overiť pravdivosť uvedených údajov a v prípade, že zistí vedomé uvedenie nesprávnych údajov, môže požadovať vrátenie poskytnutej úhrady za preventívnu prehliadku.

Dátum: ..... **Podpis: .....**

Doložiť povinné prílohy:

1. Originál potvrdenia o úhrade (pokladničný lístok, faktúra)
2. Rozpis výkonov poskytnutej preventívnej prehliadky
3. Potvrdenie o aktívnej športovej činnosti

Poučenie:

- Na základe verejného zdravotného poistenia sa čiastočne uhrádza jedna preventívna prehliadka poistenca aktívneho v organizovanom športe do 18 rokov veku raz za rok v špecializačnom odbore telovýchovné lekárstvo.
- Poistenec uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, u ktorého absolvoval preventívnu prehliadku, plnú úhradu za poskytnuté zdravotné výkony v rámci preventívnej prehliadky.
- Na základe potvrdenia o úhrade mu Union zdravotná poisťovňa, a.s. preplatí zodpovedajúcu výšku úhrady v rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky. Rozpis týchto výkonov musí byť predložený spolu s touto žiadosťou.
- Žiadosť zasiela poistenec resp. zákonný zástupca na adresu sídla Union zdravotná poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 814 53 Bratislava podáva priamo na niektorom z kontaktných miest uvedených na www.union.sk/union-kontakty/.
- V prípade schválenia žiadosti zdravotná poisťovňa poskytne úhradu vo výške 50% z priemernej ceny výkonov poskytnutých v rámci preventívnej prehliadky, dohodnutej so zmluvnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v príslušnom odbore, v príslušnom čase a na príslušnom mieste.
- Union zdravotná poisťovňa uhradí príspevok spravidla do 30 pracovných dní odo dňa doručenia úplnej žiadosti. V prípade neúplných dokladov sa lehota na spracovanie predlžuje o dobu šetrenia zdravotnou poisťovňou.

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov.