



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 časti ceny očkovacej látky („ďalej len žiadosť“)

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

### 1. Identifikačné údaje

#### 1.1 Poistenec

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/IČP:

e-mail:

#### 1.2 Zákonný zástupca poistenca (vyplňte len v prípade, ak poistencom v bode 1.1 je maloletá osoba)

Meno a priezvisko:

#### 1.3 Poskytovateľ ZS

Názov a adresa indikujúceho PZS:

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:

### 2. Druh vakcíny a výška príspevku na očkovanie

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

#### **Meningokoky** – Nimenrix od 6 týždňov, Bexsero od 2 mesiacov

NIMENRIX - 1 dávka, kód 1137AC, 1135AC, 1133AC

BEXSERO - 2, 3 alebo 4 dávky, kód 4431AC, 4432AC, 4433AC, 4434AC

TRUMENBA- 3 dávky, kód 4525C

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

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

#### **Hepatitída typu A + B** – od 16 rokov

TWINRIX ADULT - 3 dávky, kód 41939C

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

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

#### **Hepatitída typu A** – od 1 roka

HAVRIX- 2 dávky, kód 25982C, 25980C

AVAXIM - 2 dávky, kód 92296C

VAQTA - 2 dávky, kód 14675C, 14677C

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

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



## 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

### Pneumokoky – od 2 rokov

PREVENAR 13- 1 dávka, kód 85033C, 85035C

PNEUMOVAX 23 – 1 dávka, kód 1010DC

Úhrada poisťenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR

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

### HPV – ľudský papilomavírus – v 16. a 17. a 18 roku

CERVARIX - 3 dávky v 16., 17. a 18. roku veku, kód 45237C

GARDASIL 9- 3 dávky v 16., 17. a 18. roku veku, kód 4659BC, 4660BC, 4661BC

Úhrada poisťenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR

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

### Varicella – ovčie kiahne – od 1 roka

VARIVAX- 2 dávky, kód 95505C

Úhrada poisťenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR

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

### Kliešťová encefalitída – od 1 roka

ENCEPUR Children – 3 dávky, kód 83779C, 42469C

FSME - IMMUN Junior- 3 dávky, kód 23735C, 95564C

ENCEPUR Adults – 3 dávky, kód 76041C, 32827C

FSME-IMMUN- 3 dávky, kód 94989C

Úhrada poisťenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR

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

### **3. Platobné údaje (vyplní poisťenec, resp. zákonný zástupca)**

IBAN:

### **4. Prílohy (vyplní poisťenec, resp. zákonný zástupca)**

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 poisťenec už začal a ešte neukončil základné očkovanie.

Preočkovanie – očkovacia látka pre zabezpečenie dlhodobej ochrany po základnom očkovaní.



**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

## **5. Informovaný súhlas poistenca/zákonného zástupcu a súhlas so spracovaním osobných údajov**

Svojím podpisom potvrdzujem, že:

- som sa oboznámil(a) s obsahom verejného príslubiu Union zdravotnej poisťovne, porozumel (a) som všetkým jeho podmienkam a charakteru benefitu. Udaje, ktoré som uviedol(a) v tejto žiadosti sú správne, pravdivé a úplné. V prípade uvedenia nesprávnych, resp. klamlivých informácií má Union zdravotná poisťovňa právo spätného vymáhania poskytnutého príspevku
- súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených na tejto žiadosti za účelom a do doby úhrady príspevku na časť ceny očkovacej látky pre poistenca. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinné. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať

V ..... dňa ..... **podpis poistenca /  
zákonného zástupcu** .....

Vyplnenú a podpísanú žiadosť spolu s prílohami 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“.