Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, 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

**1.1Poistenec**

| **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
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

**Pneumokoky** – od 2 rokov

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

☐ PNEUMOVAX 23 – 1 dávka, kód 1010DC

☐ PREVENAR 20 – 1 dávka, kódy 9746D, 9745D

☐ VAXNEUVANCE – 1 dávka, 9374D, 9373D, 9372D, 9370D

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR
Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: ..... EUR

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

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

Úhrada poistenca / 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 poistenca / 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 poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: ..... EUR
Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: ..... EUR

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

| **IBAN:** | |
|---|---|

Zdravotná poisťovňa

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

**4. Prílohy (vyplní poistenec, 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 poistenec už začal a ešte neukončil základné očkovanie.

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

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že:

- som sa oboznámil(a) s obsahom verejného prísľubiu 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 infomácií má Union zravotná 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 pospísanú žiadosť spolu s prílohami odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Union zdravotnej poisťovne, a.s., prípadne zašlite na adresu sídla spoločnosti Union zdravotná poisťovna,a.s. Karadžičova 10, 814 53 Bratislava. Na obálku uveďte poznámku „Očkovanie".