

Žiadosť o úhradu časti ceny očkovacej látky („ďalej len žiadosť“)

Evidenčné číslo žiadosti (vyplní klientský poradca Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

1. Identifikačné údaje

(vyplní poistenec, resp. zákonný zástupca, údaje sú povinné s výnimkou údajov označených indexom (*))

1.1 Poistenec:

Priezvisko: _____ Meno: _____

Adresa bydliska (ulica, mesto, PSČ): _____

tel. kontakt* _____ e-mail*: _____

Rodné číslo: _____ Poistenec UZP číslo IČP¹ : _____

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

Priezvisko: _____ Meno: _____

tel. kontakt* _____ e-mail*: _____

1.3 Poskytovateľ ZS:

Kód PZS _____

Názov a adresa indikujúceho PZS: _____

Miesto pre pečiatku a podpis lekára:

Meno a priezvisko lekára: _____ Kód lekára: _____

Tel. kontakt: _____ fax: _____ e-mail: _____

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

2. Druh vakcíny a výška príspevku na očkovanie:

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

Meningokoky – 50% z ceny vakcíny pre poistencov - Nimenrix od 6 týždňov veku, Bexsero od 2 mesiacov veku

- NIMENRIX plv iol 1x3 ml solv.:(1 dávka);(liek.inj.skl.+amp.skl.) kód C1137A**
- NIMENRIX plv iol 1x3 ml +1+1,25 ml solv.:(1 dávka);(liek.inj. skl.+striek.inj.napl.skl.+2 ihly) kód C1135A**
- NIMENRIX plv iol 1x3 ml +1x1,25 ml solv.:(1 dávka);(liek.inj.skl.+striek.inj.napl.skl.) kód C1133A**
- BEXSERO sus inj (striek.inj.napl.skl.+ihla) 1x0,5 ml;(2, 3 alebo 4 dávky) kód C4431A, C4432A, C4433A, C4434A**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

Hepatitída typu A + B – 50% z ceny každej vakcíny pre poistencov od 16 rokov veku

- TWINRIX ADULT sus inj 1x1 ml; (3 dávky) kód C41939**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

Hepatitída typu A – 50% z ceny každej vakcíny základného očkovania, vrátane doočkovania a preočkovania pre poistencov od 1 roka veku

- HAVRIX 720 Jun. monodose sus inj 1x0,5 ml/720 eu; (2 dávky od 1 roka do 15 rokov vrátane) kód 25982**
- HAVRIX 1440 Dos. adulta sus inj 1x1 ml/1440 eu; (2 dávky od 16 rokov) kód C25980**
- AVAXIM 160 sus inj 1 x 0,5 ml; (2 dávky od 16 rokov) kód C92296**
- VAQTA 25U sus inj 1x0,5 ml/25 U; (2 dávky do 17 rokov) kód C14675**
- VAQTA 50U sus inj 1x1ml/50 U; (2 dávky od 18 rokov) kód C14677**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

Pneumokoky – 50% z ceny vakcíny pre poistencov od 2 rokov veku

- PREVENAR 13 1x0,5 ml; (1 dávka) kód C85033**
- PREVENAR 13 inj. susp. 10x0,5 ml (1 dávka) kód C85035**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

HPV – ľudský papilomavírus – 50% z celkovej ceny každej vakcíny základného očkovania, vrátane doočkovania pre poistencov v 14. a 15. a 16 roku veku

- CERVARIX sus inj1x0,5 ml; (2 dávky v 14. roku veku, 3 dávky v 15. a 16. roku veku) kód C45237**
- GARDASIL 9 sus inj 1x0,5; (2 dávky v 14. roku veku, 3 dávky v 15. a 16. roku veku) kód C4659B, C4660B, C4661B**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

Varicella – ovčie kiahne – 50% z ceny každej vakcíny pre poistencov od 1 roka

- VARIVAX plv iul 1x 0.5ml; (2 dávky) kód C95505**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

Kliešťová encefalitída – 50% z ceny každej vakcíny základného očkovania (3 dávky), vrátane doočkovania a preočkovania pre poistencov od 1 roka

- ENCEPUR Children sus inj1x0,25 ml; kód C83779, kód C42469**
- FSME - IMMUN Junior sus inj 1x0,25 ml; kód C23735, kód C95564**
- ENCEPUR Adults sus inj 1x0,5 ml; kód C76041, kód C32827**
- FSME-IMMUN sus inj 1x0,5 ml; kód C94989**

Úhrada poistenca / zákonného zástupcu za očkovacie látky spolu: EUR

Dátum zakúpenia poslednej dávky vakcíny: (dd. mm. rr.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s.: EUR

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

IBAN: č.ú.:

kód banky:

Poštovou poukážkou na adresu poistenca / zákonného zástupcu.

4. Prílohy (vyplní poistenec, resp. zákonný zástupca)

Počet účtovných dokladov

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. Podmienky poskytnutia úhrady časti ceny lieku - očkovacej látky

- a. Poskytovateľ má v čase žiadosti o úhradu lieku s poistencom poisťovne uzatvorenú platnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 12 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.
- b. Poistenec musí mať platný poisťný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a.s. v čase vydania očkovacích látok.
- c. Liek (očkovacia látka) je predpísaný na lekársky predpis oprávneným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za súčasného dodržania vakcinačnej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku, za dodržania vekovej podmienky poistenca uvedenej vo všeobecných podmienkach pre konkrétny liek a ktorá je vydaná poskytovateľom lekárenskej starostlivosti poistencovi najskôr po 1. januári 2020 a počas trvania verejného prísľubu.
- d. Liek bude podaný pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti so špecializáciou všeobecný lekár pre dospelých alebo všeobecný lekár pre deti a dorast.
- e. Poistenec predloží poisťovni **vyplnenú a vlastnoručne podpísanú písomnú žiadosť na určenom tlačive „Žiadosť o úhradu časti ceny očkovacej látky“ a originály účtovných dokladov potvrdzujúcich nákup všetkých dávok vakcín.**
- f. Splnenie indikačných podmienok pre úhradu príspevku sa posudzuje podľa dátumu zakúpenia vakcíny, uvedenom na doklade, vydanom poskytovateľom lekárenskej starostlivosti.

6. Informovaný súhlas poistenca / zákonného zástupcu

Svojím podpisom potvrdzujem, že som porozumel podmienkam pre poskytnutie príspevku na očkovanie. Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru očkovania a údaje, ktoré som uviedol v tejto žiadosti sú správne a pravdivé. Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že viem zdravý spôsob života, plne rozumiem charakteru poskytnutia 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

7. 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 časti ceny očkovacej látky 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

Žiadosť vyplňte a spolu s prílohami (účtovnými dokladmi) 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“.

VI. Overenie poistného vzťahu poistenca/zákonného zástupcu a vybavenie žiadosti:

V _____ dňa: _____

Kontaktné telefónne číslo: _____

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