

Žiadosť o úhradu príspevku na okuliarové rámy pre deti („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 IČP¹ :

1.2 Zákonný zástupca poistenca, alebo iná oprávnená osoba konat' v jeho mene:

Priezvisko: Meno:

tel. kontakt*:..... e-mail*:

2. Potvrdenie o predpísaní okuliarov (vyplní PZS)

Potvrdzujem, že dňa : som poistencovi vystavil/a Poukaz na okuliare a optické pomôcky, zdravotnícka pomôcka s kódom 10101O_P.

.....
Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:

* - toto potvrdenie nie je potrebné v prípade, že nám poskytnete fotokópiu Poukaz na okuliare a optické pomôcky od Vášho indikujúceho lekára.

3. Cena okuliarového rámu (vyplní poverený zamestnanec Union ZP, a.s.)

Okuliarový rám

Dátum zakúpenia okuliarového rámu: (dd. mm. rr.)

Celková úhrada zákonného zástupcu poistenca za okuliarový rám: EUR

Príspevok Union zdravotnej poisťovne,a.s. je **10 EUR**

4. Platobné údaje poistenca (vyplní zákonný zástupca poistenca)

Na účet v banke (IBAN formát):

Poštovou poukážkou na adresu zákonného zástupcu poistenca.

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

5. Prílohy (vyplní zákonný zástupca poistenca)

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 okuliarový rám. 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 zákonného zástupcu poistenca
resp. inej osoby oprávnenej konať v mene poistenca

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 príspevku na okuliarové rámy 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 zákonného zástupcu poistenca
resp. inej osoby oprávnenej konať v mene 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 „Okuliarové rámy“.

8. Overenie poistného vzťahu poistenca na vybavenie žiadosti:

V, dňa:

Kontaktné telefónne číslo:

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