

Žiadosť o úhradu príspevku na zakúpený monitor dychu pre bábätká („ďalej len žiadosť“)

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

1. Identifikačné údaje

1.1 Poistenec:

Meno:

Priezvisko:

Adresa bydliska (ulica, mesto, PSČ):
.....

Dátum narodenia:..... Vek..... Poistenec UZP číslo IČP¹:

1.2 Zákonný zástupca poistenca:

Meno:

Priezvisko:

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

¹ IČP - identifikačné číslo poistenca - číslo uvedené na preukaze poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s., začínajúce sa číslicami 2700 + špecifické označenie, napr. 2700XY1234. Potrebné je uviesť celé číslo!

2. Výška príspevku Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

(vyplní klientsky poradca Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s. na zakúpený monitoru dychu pre dieťa je 30 eur/1 monitor dychu

3. Platobné údaje poistenca (vyplní zákonný zástupca poistenca)

- Na účet v banke (IBAN formát)
- Poštovou poukážkou na adresu zákonného zástupcu poistenca.

4. Prílohy (vyplní zákonný zástupca poistenca)

- Potvrdenie o zaplatení z registračnej pokladne
- Faktúra
- Výpis z internet bankingu
- Iné.....

5. 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. zo dňa 30.3.2020 pričom som porozumel/a všetkým podmienkam pre poskytnutie príspevku na zakúpený monitoru dychu. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru poskytnutému príspevku a údaje, ktoré som uviedol(a) v tejto žiadosti sú správne, pravdivé a úplné.

.....

Miesto a dátum

.....

Podpis zákonného zástupcu poistenca

6. 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 zakúpený monitoru dychu. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinný. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky. 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

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 „Príspevok na nákup monitoru dychu“.

Overenie poistného vzťahu poistenca na vybavenie žiadosti:

V, dňa:

Kontaktné telefónne číslo:

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