



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

Žiadosť o úhradu príspevku na okuliarové rámy a/alebo okuliarové šošovky pre deti

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

1. Identifikačné údaje zákonného zástupcu / rodiča

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/IČP:

e-mail:

2. Identifikačné údaje poistenca / dieťaťa

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/IČP:

3. Potvrdenie o predpísaní okuliarov (vyplní lekár) alebo fotokópia "Poukazu na okuliare a optickú pomôcku" vystaveného zmluvným očným lekárom.

Potvrdzujem, že dňa bol poistencovi vystavený poukaz na okuliare a optickú pomôcku.

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára

4. okuliarového rámu a/alebo okuliarových šošoviek

Cena:

€

Dátum zakúpenia:

Príspevok Union zdravotnej poisťovne, a.s. je maximálne 70 €.

5. Platobné údaje

IBAN:

6. Prílohy

Potvrdenie o zaplatení z registračnej pokladne / príjmový pokladničný blok zo zmluvnej optiky

Počet pokladničných dokladov ks

7. Informovaný súhlas poistenca / zákonného zástupcu/inej oprávnenej osoby a súhlas so spracovaním osobných údajov:

Svojim podpisom potvrdzujem, že:

- som sa oboznámil(a) s obsahom verejného prísluhu Union zdravotnej poisťovne, porozumel(a) som všetkým jeho podmienkam a charakteru benefitu; údaje, 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 okuliarové rámy a/alebo okuliarové šošovky pre poistenca. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinný. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

V dňa

Podpis zákonného zástupcu poistenca
resp. inej osoby oprávnenej konať v mene poistenca