



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ DENTÁLNEJ HYGIENY

A. Identifikačné údaje poistenca

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/IČP*:

Ošetrovanie absolvované dňa :

Pečiatka a podpis PZS**:

Pre viac informácií použite QR kód



B. Pokyny pre poistenca

Vyplnené a podpísané potvrdenie naskenujte do Online pobočky alebo Mobilnej aplikácie spolu s týmito prílohami: Prílohy pri platbe v hotovosti :

Doklad z registračnej pokladnice alebo z virtuálnej registračnej pokladnice

Prílohy pri bezhotovostnej platbe :

Faktúra – daňový doklad

Potvrdenie o vykonaní platby (detail platby)

V prípade preventívnej prehliadky za minulý kalendárny rok u nezazmluvneného stomatológa, prosím naskenujte aj doklad o preventívnej prehliadke, vzhľadom na podmienky poskytovania.

* Identifikačné číslo poistenca

** PZS - poskytovateľ zdravotnej starostlivosti