

Žiadosť o preplatenie preventívnej prehliadky poistencom Union zdravotná poisťovňa, a.s., aktívnym v organizovanom športe

podľa § 2 ods. 2 až 4 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Číslo povolenia (vyplňuje poisťovňa):

Vyplní žiadateľ (čitateľne, tlačným písmom):

Meno a priezvisko poistenca: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa :

Tel. kontakt: fax / e-mail:

Posledná preventívna prehliadka vykonaná dňa: rok:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu :
(vyplňa sa v prípade, že žiadateľom je zákonný zástupca neploletého dieťaťa)

žiadam

o úhradu 50% nákladov za preventívnu prehliadku v rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnych prehliadok organizovaných aktívnych športovcov uvedených v prílohe č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (kompletné vyšetrenie všetkých orgánov, EKG, spirometrické vyšetrenie) vykonanej v :

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Adresa:

Spôsob úhrady (zakrúžkovať a doplniť vybranú možnosť)

a) **na účet** v peňažnom ústave:

Názov účtu: číslo účtu :

b) **poštovou poukážkou:**

na adresu: PSČ:

Prehlásenie:

Som si vedomý/ á že Union zdravotná poisťovňa, a.s. si môže overiť pravdivosť uvedených údajov a v prípade, že zistí vedomé uvedenie nesprávnych údajov, môže požadovať vrátenie poskytnutej úhrady za preventívnu prehliadku.

V, dňa:

.....
Podpis poistenca / zákonného zástupcu

Doložiť povinné prílohy :

1. Originál potvrdenia o úhrade (pokladničný lístok, faktúra)
2. Rozpis výkonov poskytnutej preventívnej prehliadky
3. Potvrdenie o aktívnej športovej činnosti

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s. :

úhrada príspevku vo výške 50% rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky bola: schválená / neschválená **

Zdôvodnenie:.....
.....
.....
.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

.....
podpis riaditeľa
Úseku revíznych a zdravotných činností

Poučenie:

- Na základe verejného zdravotného poistenia sa čiastočne uhrádza jedna preventívna prehliadka poistenca aktívneho v organizovanom športe do 18 rokov veku raz za rok v špecializačnom odbore telovýchovné lekárstvo.
- Poistenec uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, u ktorého absolvoval preventívnu prehliadku, plnú úhradu za poskytnuté zdravotné výkony.
- Na základe potvrdenia o úhrade mu Union zdravotná poisťovňa, a.s. preplatí zodpovedajúcu výšku úhrady v rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky. Rozpis týchto výkonov tvorí prílohu žiadosti.
- Žiadosť podáva poistenec resp. zákonný zástupca na adresu sídla Union zdravotná poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A,, 821 08 Bratislava priamo alebo cestou kontaktných miest uvedených na web-ovej stránke www.unionzp.sk.
- V prípade schválenia žiadosti zdravotná poisťovňa poskytne úhradu vo výške 50% ceny bodu dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má poisťovňa uzavreté zmluvy v príslušnom čase, na príslušnom mieste a za príslušnú zdravotnú starostlivosť (preventívna prehliadka).