



Zdravotná poisťovňa

Miesto na nalepenie
čiarového kódu

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

Karadžičova 10

814 53 Bratislava

IČO: 36284831

DIČ: 2022152517

Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Okresného
súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 3832/B



0720

Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu odstránenia zubného povlaku alebo zubného kameňa poskytnuté nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

Vyplní žiadateľ (komu bola poskytnutá dentálna hygiena)

Meno		Priezvisko	
Rodné číslo (bez lomítka)		Telefón	
Ulica		Číslo súpisné / orientačné	
Obec		PSČ	

Vypĺňa sa v prípade, ak žiadateľom je zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca, napr. opatrovník.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu _____

Príspevok chcem zaslať (vyberte si jednu možnosť)

Bežhotovostne na účet

IBAN _____

Poštovou poukážkou na adresu

Ulica _____ Číslo súpisné / orientačné _____

Obec _____ PSČ _____

Potvrdenie poskytnutia zdravotnej starostlivosti (vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Kód	Názov	IČO poskytovateľa	Počet sextantov	Suma ošetrenia v €
N03	Odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa.	_____	_____	_____, _____

Dátum ošetrenia _____

.....
podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára

DÔLEŽITÉ! Žiadosť bez podpisu a pečiatky nemôžeme posúdiť.

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami Union zdravotnej poisťovne, a.s. na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom, ktoré sú uvedené na <https://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>.

V dňa

.....
podpis poistenca / zákonného zástupcu