

ŽIADOSŤ O PREPLATENIE

preventívnej prehliadky organizovaných aktívnych športovcov podľa § 2, ods. 2 až 4 zákona NR SR 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.

Pobočka ZP DÔVERA:

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo:

Tel.:

e-mail:

Bydlisko: _____

PSČ:

žiadam

spoločnosť DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s. o preplatenie 50% nákladov za preventívnu prehliadku v rozsahu zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnych prehliadok organizovaných aktívnych športovcov uvedených v prílohe č. 2 zákona NR SR č. 577/2004 Z. z. (kompletné vyšetrenie všetkých orgánov, EKG, spirometrické vyšetrenie).

Peniaze prosím zaslať:

a) na účet v peňažnom ústave: _____

názov účtu: _____

č.bankového účtu:

b) poštovou poukážkou na adresu: _____

PSČ:

dňa:

Podpis žiadateľa

Povinné prílohy:

Originál potvrdenia o úhrade (pokladničný lístok, faktúra)

Rozpis výkonov poskytnutej preventívnej prehliadky

Potvrdenie o aktívnej športovej činnosti