

**Žiadosť**  
**o preplatenie preventívnej prehliadky poistenca Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.,**  
**aktívneho v organizovanom športe do 18 rokov veku**

**Číslo (vyplní VŠZP):** .....

V súlade s § 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

**žiadam**

Všeobecnú zdravotnú poisťovňu o čiastočnú úhradu preventívnej prehliadky poistenca Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. v organizovanom športe do 18 rokov veku<sup>1)</sup>.

**1. Identifikácia poistenca**

Meno, priezvisko, titul .....

Rodné číslo poistenca (resp. IDČ, BIČ) .....

Trvalý pobyt.....

Kód a názov pobočky VŠZP.....

Telefón:

E-mail:

**2. Ošetrojúci lekár – špecializačný odbor telovýchovné lekárstvo**

Priezvisko, meno, kontakt .....

Kód lekára .....

**3. Finančné prostriedky žiadam zaslať<sup>2)</sup>:**

**a) na účet (vyplniť v tvare IBAN):**.....

**b) poštovou poukážkou na adresu:** .....

**Povinné prílohy:**

**1. Originál pokladničného dokladu**

**2. Kópia registračného preukazu športovca**

**V** ..... **dňa** .....

.....  
**Podpis poistenca**

**(zákonného zástupcu)**

**Poučenie:**

1. Žiadosť podáva poistenec príslušnej pobočke VŠZP podľa svojho trvalého bydliska.

---

1) V zmysle zákona č. 577/2004 Z. z. poisťovňa čiastočne uhrádza jednu preventívnu prehliadku raz za rok v špecializačnom odbore telovýchovné lekárstvo, obsah a zoznam výkonov preventívnej prehliadky definuje príloha k zákonu č. 577/2004 Z. z.

2) Zakrúžkujte Vami požadovaný spôsob úhrady finančných prostriedkov