



---

## Žiadosť o úhradu príspevku liečebno-preventívneho programu Zdravý chrbát poistencovi vo veku 18+

---

### I.

Meno a priezvisko poistenca:.....

Rodné číslo:.....

Adresa trvalého bydliska (ulica, č. domu, mesto, PSČ):.....

\*Telefónne číslo:..... \*e-mail:.....

---

### II.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS), u ktorého sa liečite na funkčné ochorenie chrbtice<sup>1)</sup>

Názov a adresa PZS (všeobecný lekár/odborný lekár<sup>2)</sup>):.....

---

### III.

#### Potvrdenie kúpeľného zariadenia

Dolu uvedený poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS) týmto potvrdzuje, že poistenec spĺňa inklúzne kritériá liečby, a teda môže byť zaradený do liečebno-preventívneho programu „Zdravý chrbát“ a zároveň potvrdzuje, že poistenec program podstúpil v termíne uvedenom v tejto časti žiadosti.

Program Zdravý chrbát poistenec absolvoval (od-do):.....

Dňa: ..... odtlačok pečiatky PZS:.....

---

Príspevok vo výške 30 % z uhradenej sumy za zdravotnú starostlivosť (max. do výšky 8 eur/deň) VŠZP uhradí:

na účet v banke (IBAN formát):.....

poštovou poukážkou na adresu poistenca

---

#### Vyhlásenie poistenca:

Svojím podpisom potvrdzujem, že pred podaním tejto žiadosti som sa v celom rozsahu oboznámil/a s obsahom a podmienkami poskytnutia zdravotného benefitu „Liečebno-preventívny program Zdravý chrbát“<sup>3)</sup> Všeoobecnej zdravotnej poisťovne, a. s., a s týmito podmienkami súhlasím. Zároveň potvrdzujem, že údaje, ktoré som uviedol/a v tejto žiadosti sú správne, pravdivé a úplné. Ak sa preukáže, že príspevok bol poskytnutý na základe nesprávnych, neúplných alebo zavádzajúcich informácií, VŠZP má právo žiadať o jeho vrátenie.

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeoobecnej zdravotnej poisťovni, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, **súhlas** v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“):

1. so spracúvaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti, ako aj ďalších prílohách, ktoré tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Beriem na vedomie, že v prípade ak súhlas VŠZP neudelím, VŠZP nárok nebude môcť posúdiť. Údaje budú spracúvané výlučne po dobu posudzovania/schvaľovania žiadosti, najdlhšie však po dobu 1 roka; po tejto lehote údaje budú uchované v zmysle platného registratúrneho poriadku VŠZP.

súhlasím

nesúhlasím

2. so spracúvaním osobných údajov a následného kontaktovania zo strany VŠZP na účel získania spätnej väzby na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. VŠZP bude osobné údaje spracúvať 1 rok od udelenia súhlasu; po tejto lehote údaje môžu byť uchované v zmysle platného registratúrneho poriadku VŠZP.

súhlasím

nesúhlasím

**Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:**

Súhlas môže byť kedykoľvek odvolaný, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

V prípade, že súhlas v bode 1 tejto žiadosti odvoláte ešte pred jej posúdením, VŠZP sa žiadosťou nebude môcť zaoberať, a tým priznať prípadný nárok na kompenzáciu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na [www.vszp.sk/oo](http://www.vszp.sk/oo) a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

V .....

dňa .....

.....  
podpis poistenca

---

**Vyplnenú a podpísanú žiadosť spolu s prílohami odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s., prípadne zašlite poštou na adresu pobočky VŠZP v mieste vášho bydliska. Obálku označte heslom „Program zdravý chrbát“.**

---

**Povinné prílohy:**

Originál dokladu z registračnej pokladne/príjmový pokladničný doklad/potvrdenie o bankovom prevode

---

**Rozhodnutie VŠZP**

Vyššie uvedený poistenec

spĺňa

nespĺňa podmienky

VŠZP

súhlasí s úhradou príspevku vo výške.....€

nesúhlasí s úhradou príspevku

.....  
dátum

.....  
podpis povereného zamestnanca

---

<sup>1)</sup> Vyplní poistenec

<sup>2)</sup> Poisťovňa si vyhradzuje právo overiť túto informáciu

<sup>3)</sup> Informácie dostupné na: <https://www.vszp.sk/vyhody-zlavy/zdravotne-benefity/>

\* nepovinný údaj