



**Žiadosť o úhradu príspevku na dentálnu hygienu poistenca  
vo veku 6 – 18 rokov**

**I.**

Meno a priezvisko poistenca:.....

Rodné číslo:.....

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

.....

**II.**

Meno a priezvisko rodiča/zákonného zástupcu:.....

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

.....

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

**III.**

Dolupodpísaný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS) potvrdzuje, že poistencovi VŠZP

špecifikovanému v bode I. tejto žiadosti vykonal preventívnu prehliadku dňa:.....

odtlačok pečiatky a podpis PZS:.....

**IV.**

Dentálnu hygienu vykonal poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dňa: .....

Názov a adresa PZS:.....

odtlačok pečiatky a podpis PZS:.....

**V.**

Príspevok za dentálnu hygienu vo výške 50 % z uhradenej sumy (maximálne do výšky 30 eur/rok), VŠZP uhradí:

na účet v banke (IBAN formát):.....

poštovou poukážkou na adresu zákonného zástupcu poistenca

**Vyhlásenie zákonného zástupcu poistenca:**

Svojím podpisom potvrdzujem, že pred podaním tejto žiadosti som sa v celom rozsahu oboznámil/a s obsahom a podmienkami poskytnutia zdravotného benefitu!) „Príspevok VŠZP na dentálnu hygienu pre vaše dieťa“ 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. Podpisom taktiež vyjadrujem súhlas so spracúvaním údajov, ktoré som uviedol o sebe v časti II tejto žiadosti. Údaje budú spracúvané výlučne po dobu posudzovania/schvaľovania žiadosti, najdlhšie však po dobu 1 roka. Informácie o spracúvaní údajov sú k dispozícii na [www.vszp.sk/ooou](http://www.vszp.sk/ooou)

V ..... dňa: .....

podpis zákonného zástupcu.....

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeobecnej 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 neudelim, 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:

**V prípade, že poistenec je vo veku 16 – 18 rokov, vyjadruje sa k problematike spracúvania osobných údajov a podpisuje túto časť formuláru samotný poistenec.**

**V prípade, že poistenec nedovršil 16 rokov, vyjadruje sa k problematike spracúvania osobných údajov jeho zákonný zástupca.**

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.

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

(ak má poistenec 16 a viac rokov rokov)/zástupcu dotknutej osoby (zákonného zástupcu, ak je mladší ako 16 rokov)

---

**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 „Príspevok na dentálnu hygienu“.**

---

#### 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

---

\*nepovinný údaj

<sup>1)</sup> Informácie dostupné na: <https://www.vszp.sk/vyhody-zlavy/zdravotne-benefity/>