



# Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2019

## Údaje o pojištěnci:

Jméno a příjmení: ..... Rodné číslo: .....  
Bydliště: .....  
Telefon: .....

## Forma úhrady (označte jednu možnost):

- převodem na bankovní účet  
- číslo účtu: .....  
- kód banky: .....
- v hotovosti na pokladně ZPŠ

## Podmínky:

- Bezpříspěvkoví dárci krve přiloží kopii průkazu, ze kterého je zřejmé, že darovali nejméně 1x krev v posledních 12 měsících, nositelé Zlatého kříže a vyššího ocenění předloží originál ocenění za rok 2019.
- Těhotné ženy předloží průkazku pro těhotné.
- Pojištěnci žádající o proplacení příspěvku na očkování předloží očkovací průkaz či potvrzení o provedeném očkování.
- Příspěvky jsou propláceny **od 1. 2. 2019 průběžně během celého roku, nejpozději však do 13. 12. 2019.**
- Příspěvek nebude proplácen pojištěnci, který je v době předložení žádosti dlužníkem vůči ZPŠ nebo který podepsal přihlášku k jiné zdravotní pojišťovně.
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda si vyhrazuje právo na neproplacení příspěvku, pokud byl příspěvek již čerpán nebo nesplňuje-li pojištěnec podmínky pro vyplacení příspěvku.

Počet příloh: ..... Celková částka na účetním dokladu: .....

Dne: ..... Podpis žadatele: .....

## Čestné prohlášení zákonného zástupce/zmocněnce osoby mladší 18 let:

Já ....., rodné číslo ....., níže podepsaný/á žadatel/ka žádám o příspěvek na zdravotní programy. Podpisem tohoto čestného prohlášení přejímám na sebe následky jeho nepravdivosti.

Dne: ..... Podpis zákonného zástupce/zmocněnce: .....

## Zdravotní programy podléhající schválení revizního lékaře (RL):

Částka k úhradě: ..... Kč Razítko, datum a podpis RL: .....