



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: