



Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2021

Údaje o pojištěnci:

Příjmení, jméno, titul: Rodné číslo: /

Adresa trvalého bydliště: PSČ:

Telefon / mobil / e-mail:

Číslo účtu pro zaslání příspěvku / kód banky: - /

Údaje o rodiči, opatrovníkovi, poručníkovi nebo zplnomocněném zástupci:

Příjmení, jméno, titul: Rodné číslo: /

Žádám o příspěvek na bezlepkovou / nízkobílkovinnou dietu.

Podmínky:

- Proplácení příspěvků od **1. 2. 2021 do 30. 11. 2021**. U očkování, moderních léčebných metod, prvotrimestrálního screeningu, vyšetření NIPT, plastové sádry, paruky po aktivní onkologické léčbě, rovnátek a dárcovství krve provedených v prosinci 2021 a dětí narozených v prosinci 2021, se prodlužuje termín pro podání žádosti o příspěvek dané kategorie **do 20. 1. 2022**.
- Doložení prokazatelného **dokladu o zaplacení** (pokladní doklad, paragon, potvrzení, faktura + výpis z účtu). Doklad nesmí být starší 3 měsíců od data vystavení (vyjma příspěvků pro těhotné a dárce krve, kde může být platnost během celého roku). Doklad musí být vystaven vždy v daném kalendářním roce (tedy od 1. 1. 2021 do 30. 11. resp. ve vybraných případech do 31. 12. 2021). ZPŠ si vyhrazuje právo na jejich zpětnou kontrolu, a to do 3 měsíců od data doručení žádosti. Další podrobnosti a náležitosti k dokladům jsou uvedené na www.zpskoda.cz.
- Pojištěnci s **bezlepkovou a nízkobílkovinnou dietou** předloží při první žádosti o čerpání příspěvku vyjádření ošetřujícího lékaře o nezbytnosti diety.
- Bezpříspěvkoví **dárci krve** přiloží kopii průkazu s odběrem za posledních 12 měsíců, nositelé Zlatého kříže a vyššího ocenění předloží originál nebo kopii ocenění získaných v roce 2021.
- **Těhotné ženy** předloží těhotenský průkaz či jeho kopii.
- Pro všechna očkování požadujeme předložení prokazatelného dokladu o úhradě očkování, kopii očkovacího průkazu nebo jiného písemného dokladu o provedeném očkování. Pouze očkování na hepatitidu a rotavirové infekce proplácíme po ukončení očkovacího schématu, přičemž poslední doklad nesmí být starší 3 měsíců.
- **Příspěvek nebude proplácen** pojištěnci, který je v době předložení žádosti dlužníkem vůči ZPŠ, který podepsal přihlášku k jiné zdravotní pojišťovně, který má přerušené pojištění z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí, který je držitelem průkazu výpomocné pojišťovny (žlutý EHIC) a který nesplnil oznamovací povinnost ohledně pojistných dob.
- Zaměstnanec pojišťovna Škoda si vyhrazuje právo na neproplácení příspěvku, poskytovaného z Fondu prevence, pokud byl příspěvek již čerpán, nebo nespĺňuje-li pojištěnec podmínky pro vyplacení příspěvku. ZPŠ je povinna nakládat s finančními prostředky z Fondu prevence účelně a hospodárně.

Informace o dokladu/dokladech:

Počet dokladů: Celková částka na dokladu/dokladech:

Prohlášení:

Vy, jakožto pojištěnec ZPŠ, rodič, opatrovník, poručník či zplnomocněný zástupce berete na vědomí, že příspěvek bude čerpán pouze pro vlastní potřebu pojištěnce. Tímto na sebe přejímáte následky nepravdivosti a stvrzujete, že doklad prokazující zaplacení nebyl použit při čerpání příspěvku na jiného pojištěnce.

Dne: Podpis:

IČO: 46354182 ➤ Zapsaná v obchodním rejstříku MS v Praze, oddíl A, vložka 7541 ➤ Kód pojišťovny: 209 ➤ IDDS: 5kpadkp

Infolinka: 800 209 000 ➤ Telefon: 326 579 111 ➤ E-mail: zpskoda@zpskoda.cz ➤ Internet: www.zpskoda.cz

www.kartamehosrdce.cz





Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2021

VYPLNÍ ZPŠ

Pojištěnec není dlužníkem vůči ZPŠ, nepřihlásil se k jiné ZP a je znám plátce pojistného.

Ověřila:

Jméno a příjmení:

Dne: Podpis:

Zdravotní programy podléhající schválení revizního lékaře (RL):

Částka k úhradě: Kč

Dne: Razítko ZPŠ a podpis: