



## Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2024

### Údaje o pojištenci:

Příjmení, jméno: ..... Rodné číslo (číslo pojištění): .....

Telefon / mobil / e-mail: .....

Číslo účtu pro zaslání příspěvku / kód banky: .....

### Žádám o příspěvek: (zaškrtněte, prosím, jeden nebo více příspěvků, o které žádáte)

- příspěvek SPORT
- příspěvek SENIOR
- dentální hygiena – dospělí
- moderní diagnostické a léčebné metody
- podpora péče o duševní zdraví
- podpora nutričního poradenství
- vyšetření přístrojem OCT
- vyšetření přístrojem Plusoptix
- prevence karcinomu prsu – MAMOGRAF
- prevence karcinomu prsu – SONO
- plastová sádra
- odvykání kouření
- celiakie
- paruka (onkologická léčba a jiná vážná onemocnění)
- nízkobílkovinná dieta (vzácné metabolické poruchy)
- korekční laserové operace očí
- nitrooční operace

#### Dárci krve

- příspěvek pro bezpříspěvkové dárcce krve a kostní dřeně
- příspěvek pro držitele Zlatého kříže a vyššího ocenění
- ozdravný pobyt v ČR pro dárcce kostní dřeně

#### Děti a mládež

- příspěvek SPORT junior
- dentální hygiena – děti
- fixní rovnátka
- ozdravný pobyt pro pojištěnce s chronickým onemocněním kůže a dýchacích cest
- ozdravný pobyt pro pojištěnce s neurologickým, onkologickým onemocněním, obezitou
- příspěvek na zdravotní pomůcky pro pojištěnce s diabetem a na diabetickou dietu

#### Očkování

- rotavirové infekce
- meningokok
- hepatitida
- klíšťová encefalitida
- chřipka
- balíček ostatních očkování
- pásový opar
- HPV infekce *mládež* od 16 do 18 let
- HPV infekce *ženy*

#### Pro nastávající maminky a novorozence

- příspěvek v době těhotenství
- příspěvek po porodu (žadatelem je novorozenec)
- NIPT (neinvazivní prenatální testování)
- prvotrimestrální screening
- podrobné morfologické vyšetření plodu

### Informace o dokladu/dokladech:

Počet dokladů: ..... Celková částka na dokladu/dokladech: .....

### Údaje o rodiči, opatrovníkovi, poručníkovi nebo zplnomocněném zástupci:

Příjmení, jméno: ..... Rodné číslo (číslo pojištění): .....

### Prohlášení:

Já, jakožto pojištěnec ZPS, rodič, opatrovník, poručník či zplnomocněný zástupce beru na vědomí, že příspěvek je pouze pro vlastní potřebu pojištěnce. **Tímto na sebe přejímám následky nepravdivosti a stvrzuji, že doklad prokazující zaplacení nebyl použit při čerpání příspěvku na jiného pojištěnce. Dále svým podpisem stvrzuji seznámení s podmínkami pro proplácení zdravotních programů na druhé straně žádosti.**

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](http://www.zpskoda.cz)





## Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2024

### Podmínky pro proplácení zdravotních programů:

- Proplácení příspěvků od 1. 2. 2024 do 29. 11. 2024. U očkování, moderních léčebných metod, prvotrimestrálního screeningu, vyšetření NIPT, plastové sádry, paruky po aktivní onkologické léčbě, rovnátek a dárcovství krve provedených v listopadu i prosinci 2024 a dětí narozených v listopadu i prosinci 2024, se prodlužuje termín pro podání žádosti o příspěvek dané kategorie do 20. 1. 2025.
- 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. 2024 do 30. 11. 2024 resp. ve vybraných případech do 31. 12. 2024). 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](http://www.zpskoda.cz).
- Pojištěnci s celiakií a nízkobílkovinou dietou předloží při první žádosti o čerpání příspěvku potvrzení ošetřujícího lékaře o nezbytnosti diety.
- Bezpříspěvkoví dárce krve přiloží kopii průkazu s odběrem za posledních 12 měsíců, nositelé Zlatého kříže a vyššího ocenění předloží originál nebo kopii ocenění získaných v roce 2024.
- 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 je v době vyplácení příspěvku zaregistrován 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 Škoda si vyhrazuje právo na neproplácení příspěvku, poskytovaného z Fondu prevence, pokud byl příspěvek již čerpán, nebo nesplňuje-li pojištěnec podmínky pro vyplácení příspěvku.
- Informace o zpracování osobních údajů – Uvedené osobní údaje zpracovává ZPŠ na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. a Nařízením EP a Rady EU 2016/679 v platném znění. Informace o ochraně osobních údajů najdete na [www.zpskoda.cz](http://www.zpskoda.cz)