

Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2020



Údaje o pojištěnci:

Jméno a příjmení: Rodné číslo:

Adresa:

Telefon:

Údaje o rodiči, opatrovníkovi, poručníkovi nebo zplnomocněném zástupci:

Jméno a příjmení: Rodné číslo:

Pokud žádáte o příspěvek na bezlepkovou a nízkobílkovinnou dietu, zaškrtněte toto pole.

Podmínky:

- Proplácení příspěvků **od 1. 2. 2020 do 11. 12. 2020.**
- Doložení prokazatelného **dokladu o zaplacení** (pokladní doklad, paragon, potvrzení, faktura + výpis z účtu). Další podrobnosti a náležitosti k dokladům jsou vedené na www.zpskoda.cz.
- Pojištěnci **s bezlepkovou a nízkobílkovinnou dietou** předloží při první žádosti o čerpání příspěvku vyjádření ošetřujícího lékaře o nezbytnosti diety. Při dalších žádostech o čerpání tohoto příspěvku se již žádné doklady předkládat nemusejí.
- Bezpříspěvkoví **dárci krve** přiloží kopii průkazu s odběrem za posledních 12 měsíců, nositelé Zlatého kříže a vyššího ocenění předloží originál ocenění získaných v roce 2020.
- **Těhotné ženy** předloží těhotenský průkaz nebo jeho kopii.
- Pro všechna **očkování** požadujeme předložení prokazatelného dokladu o úhradě očkování, kopii očkovacího průkazu (vždy po ukončení očkovacího schématu) nebo jiného písemného dokladu o provedeném očkování.
- **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.
- ZPŠ si vyhrazuje právo na neproplácení příspěvku, poskytovaného z Fondu prevence, pokud byl příspěvek již čerpán nebo nesplňuje-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:

Forma úhrady (označte jednu možnost):

- převodem na bankovní účet
 v hotovosti na pokladně ZPŠ

Číslo účtu: Kód banky:

Prohlášení:

Vy, jako 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:



Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2020



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:.....

