



Žádost o příspěvek na zdravotní programy pro rok 2018

Údaje o pojištěnci:

Jméno a příjmení: R. Č.:
Bydliště: Číslo telefonu:

Forma úhrady: (označte jednu možnost)

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

- ▮ Bezpříspěvkoví dárci krve přiloží kopii průkazu, ze kterého je zřejmé, že daroval nejméně 1x krev v posledních 12 měsících, nositelé Zlatého kříže předloží originál ocenění za rok 2018.
- ▮ 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. 2018 průběžně během celého roku, nejpozději však do 14. 12. 2018.**
- ▮ 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:

E-mail (v případě, že chcete být informováni o novinkách ZPŠ):

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: