

# ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK Z PROGRAMU RODINA VOJÁKA

**VOZP**

**VOJENSKÁ  
ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA**

| ŽADATEL<br>O PŘÍSPĚVEK<br>zaškrtněte<br>požadovanou možnost   | <b>ÚDAJE VOJÁKA/VOJÁKYNĚ</b><br><b>VYPLŇTE PROSÍM VŽDY, bez nich je žádost neplatná.</b><br><br>Za každého pojištěnce, který žádá o příspěvek, prosím<br>vyplňte vlastní žádost.  | Zaškrtněte<br>požadovaný<br>příspěvek<br>či příspěvky  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>voják/yně v činné službě nebo v aktivní záloze</b>                                | JMÉNO A PŘÍJMENÍ: <input type="text"/><br>ČÍSLO POJIŠTĚNCE: <input type="text"/><br>ADRESA: <input type="text"/><br>TELEFON: <input type="text"/> E-MAIL: <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> plavání<br><input type="checkbox"/> pravidelný pohyb<br><input type="checkbox"/> dentální hygiena |
| <input type="checkbox"/> <b>manželka/ manžel</b><br>nebo<br><input type="checkbox"/> <b>partnerka/partner</b> | JMÉNO A PŘÍJMENÍ: <input type="text"/><br>ČÍSLO POJIŠTĚNCE: <input type="text"/><br>ADRESA: <input type="text"/><br>TELEFON: <input type="text"/> E-MAIL: <input type="text"/><br><b>Čestné prohlášení:</b> Prohlašuji, že s výše uvedeným vojákem v činné službě/aktivní záloze sdílím společnou domácnost.  | <input type="checkbox"/> plavání<br><input type="checkbox"/> pravidelný pohyb<br><input type="checkbox"/> dentální hygiena |
| <input type="checkbox"/> <b>dítě vojáka/vojákyne</b><br>(do 18 let věku)                                      | <b>DÍTĚ</b> JMÉNO A PŘÍJMENÍ: <input type="text"/><br>ČÍSLO POJIŠTĚNCE: <input type="text"/><br><hr/> <b>ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE</b> JMÉNO A PŘÍJMENÍ: <input type="text"/><br>ČÍSLO POJIŠTĚNCE: <input type="text"/><br>ADRESA: <input type="text"/><br>TELEFON: <input type="text"/> E-MAIL: <input type="text"/><br><b>Čestné prohlášení:</b> Prohlašuji, že výše uvedený voják je zákonným zástupcem dítěte, za které žádám o příspěvek. | <input type="checkbox"/> plavání<br><input type="checkbox"/> pravidelný pohyb<br><input type="checkbox"/> dentální hygiena |

Zaškrtněte prosím způsob zaslání finančního příspěvku:

- NA ÚČET Č.:  KÓD BANKY
- POŠTOVNÍ  
POUKÁZKOU  
NA ADRESU:

**VYPLŇUJE VOZP ČR:** Žádost a přílohy bez nedostatků

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis:

**Informace o zpracování osobních údajů**

Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz).

Čestně prohlašuji, že službu, na kterou žádám o příspěvek, jsem čerpal a uhradil osobně (čerpal pojištěnec, jehož jsem zákonným zástupcem) a že jsem oprávněným uživatelem uvedeného účtu. To stvrzuji svým podpisem.

V  DNE

Podpis žadatele