

# ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O INDIKOVANÉ LÉČBĚ / DIAGNÓZE

**VOZP** | VOJENSKÁ  
ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA

## ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK

(v případě žádosti pro dítě jeho zákonný zástupce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO  
POJIŠTĚNCE:

## DÍTĚ

(v případě žádosti o příspěvek pro nezletilého pojištěnce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO  
POJIŠTĚNCE:

Já, níže podepsaný(á) **čestně prohlašuji, že mi (nebo pojištěnci, jehož jsem zákonným zástupcem) byla indikována léčba/diagnostikována:**

**protinádorová chemoterapie**

**autoimunitní alopecie**

V

DNE

.....  
PODPIS POJIŠTĚNCE / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE