

## ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK

(v případě žádosti pro dítě jeho zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

Číslo pojištění:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Označte prosím způsob zaslání finančního příspěvku:

na účet č.:  kód banky

poštovní poukázkou na adresu:

**Žádám o příspěvek z fondu prevence VoZP ČR** (zakřížkujte prosím jeden nebo více příspěvků, **limit je TŘI PŘÍSPĚVKY za rok na jednoho pojištěnce, do tohoto limitu se nezapočítávají odměny pro dárce krve a kostní dřeně**):

### PROGRAM POHYB

- plavání
- cvičení a tělesná regenerace
- školní sportovní a ozdravné pobyty
- sportovní lékařská prohlídka pro děti
- kloubní výživa pro seniory

### PROGRAM ZDRAVÍ

- očkování pro dospělé
- očkování pro děti
- očkování proti papilomavirům
- prevence v těhotenství
- vitamíny pro těhotné
- pomůcky k péči o miminko
- dentální hygiena
- vitamíny pro děti
- fixní rovnátka pro děti
- pro dárce krve (3. odběr)
- pro dárce krve (ocenění ČČK) a kostní dřeně

### PROGRAM PREVENCE

- prevence rakoviny tlustého střeva
- prevence rakoviny prsu
- prevence rakoviny kůže
- odvykání kouření

Souhlasím s tím, aby Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky zpracovávala osobní údaje uvedené v této žádosti v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a NAŘÍZENÍM EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 („GDPR“), ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovány pouze pro účely čerpání příspěvků z fondu prevence.

**SOUHLASÍM** (zakřížkováním prosím vyjádřete aktivní souhlas)

V  dne  Podpis žadatele .....

K této žádosti je třeba přiložit doklad(y) o úhradě, případně i jiný doklad či průkaz (přehled požadovaných dokladů a podrobné podmínky čerpání příspěvků najdete na [www.vozp.cz/prevence](http://www.vozp.cz/prevence)). Doklad o úhradě nesmí být **starší 90 dnů** s výjimkou dokladů za pomůcky ke kojení a k péči o miminko, které mohou být datovány až čtyři měsíce před narozením dítěte.

## DÍTĚ

(v případě žádosti o příspěvek pro nezletilého pojištěnce)

Jméno a příjmení dítěte:

Číslo pojištění:

**Vyplňuje VoZP ČR: Žádost a přílohy bez nedostatků**

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis: