



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK Z FONDU PREVENCE PRO POJIŠTĚNCE

1. ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK - POJIŠTĚNEC

Příjmení a jméno pojištěnce:		Datová schránka: (nepovinné)	
Rodné číslo pojištěnce:		Spojení (telefon nebo e-mail):	
Číslo účtu pro úhradu příspěvku:			

Pokud se žádost týká nezletilého pojištěnce nebo osoby s omezenou svéprávností, žadatel doloží svůj vztah k pojištěnci a vyplní své údaje:

Rodič, nebo jiný zákonný zástupce:

Příjmení a jméno (IČO a název právnické osoby):	
Spojení (telefon nebo e-mail):	

2. SPECIFIKACE PROGRAMU/POLOŽKY

Program prevence/položka:			
Datum úhrady:		Výše příspěvku:	Kč
Program prevence/položka:			
Datum úhrady:		Výše příspěvku:	Kč
Program prevence/položka:			
Datum úhrady:		Výše příspěvku:	Kč

Termín pro podání žádosti o příspěvek je nejpozději 31. prosince aktuálního kalendářního roku elektronickou cestou, 30. listopadu papírovou cestou. Platební doklady nesmí být starší než tři měsíce od úhrady zboží nebo služby nebo ukončení pobytu. Pozor, některé programy mají jiné termíny (např. programy související s porodem nebo darováním krve a podobně). Více zde: <https://www.zpmvcr.cz/podminky-pro-cerpani-preventivnich-programu>.

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o zpracování osobních údajů v souvislosti s příspěvkem z Fondu prevence naleznete zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>, obecné informace o zpracování osobních údajů v ZP MV ČR pak zde: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s dokumentem „**Informace poskytované v souvislosti se zpracováváním osobních údajů při čerpání prostředků z Fondu prevence**“ a se **všeobecnými podmínkami čerpání příspěvků (QR kód níže)**. Také stvrzuji, že nemám nevypořádané dluhy na pojistném, že jsem uvedl/a pravdivé informace a náklady nebyly hrazeny ze zdrojů jiné osoby, např. zaměstnavatele. V případě neoprávněného čerpání se zavazuji vrátit příspěvek pojišťovně.

Datum:		Podpis pojištěnce (žadatele):	
--------	--	-------------------------------	--

Místo pro záznamy ZP MV ČR:

--

