

VOUCHER

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

Získejte příspěvek až 400,- Kč

Jméno a příjmení zaměstnance

Číslo pojištění

Adresa

Kód vouchera (vyplňuje personální oddělení Partnera)*

* Voucher je bez vyplnění kódu neplatný a jeho držitel nemá nárok na čerpání finančního příspěvku.

Souhlasím s tím, aby osobní údaje uvedené na tomto vouchery zpracovala Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR) v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovávány pouze v rozsahu nezbytném pro předávání informací týkajících se marketingových účelů VZP ČR a dále pak informací týkajících se činnosti a klientských služeb provozovaných VZP ČR. Tento souhlas se vztahuje i na všechny další zpracovatele uvedených dat, resp. osoby, které jsou oprávněny poskytovat služby spojené s výhodami a benefity pojištěncům VZP ČR.

Příspěvek je určen kmenovému a projektovému zaměstnanci Karlovarské krajské nemocnice, a.s. který je k 1. 7. 2017 pojištěncem VZP ČR a nemá žádné dluhy na veřejném zdravotním pojištění, které vznikly ze samostatně výdělečné činnosti.

Finanční příspěvek čerpám ve výši 400,- Kč na:

wellness

- pohybové aktivity (fitness, bazén, jóga a další rekondiční cvičení)
- rehabilitační aktivity (fyzioterapie a rehabilitační cvičení - např. cvičení pánevního dna, cvičení pro zdravá záda, apod.)

ostatní

- dentální hygiena provedená na odborném pracovišti
- balíček dentální hygieny (produkty zakoupené v lékárně – zubní pasty, zubní kartáčky, mezizubní kartáčky, ústní vody, dentální nitě)

očkování

- očkování proti klíšťové encefalitidě (vakcína)
- očkování proti hepatitidě A (vakcína)

Číslo bankovního účtu a kód banky pro zaslání příspěvku**

Telefon**

E-mail**

** Vyplní zaměstnanec Partnera, pojištěnec VZP ČR.

.....
Podpis pojištěnce

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE – VYPLNÍ PERSONÁLNÍ ODDĚLENÍ PARTNERA

Pracoviště Partnera

Adresa pracoviště

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec VZP je kmenový nebo projektový zaměstnanec výše uvedeného pracoviště.

.....
Datum

.....
Razítko a podpis

Za správnost údajů odpovídá personální oddělení Partnera.

PODMÍNKY ÚČASTI V PREVENTIVNÍM PROGRAMU PRO KLIENTY VZP

- Preventivní program Všeobecné zdravotní pojišťovny je určen pro kmenové a projektové zaměstnance Karlovarské krajské nemocnice, a.s., kteří jsou k 1. 7. 2017 pojištěnci VZP ČR a zároveň ke dni podpisu smlouvy zaměstnanci Karlovarské krajské nemocnice, a.s.
- VZP ČR poskytne finanční příspěvek pouze na:
Pohybové aktivity, rehabilitační aktivity, dentální hygienu, balíček dentální hygieny (vyhrazeno na produkty zakoupené v lékárně), očkování proti klíšťové encefalitidě, očkování proti hepatitidě A.
- VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do 31. 8. 2017 předloží na kterémkoliv klientském pracovišti VZP ČR nebo předá přímo na pracovišti Karlovarské krajské nemocnice, a.s. zástupcům VZP ČR:
 1. tento vyplněný voucher s razítkem a podpisem personálního útvaru potvrzujícím zaměstnanecký poměr
 2. doklad o zaplacení na výše uvedené aktivity
 - s datem pořízení nejdříve..... (bude doplněno po podpisu smlouvy)
 - nesmí být starší než 3 měsíce.