

VOUCHER

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

**Získejte příspěvek až ……………… Kč!**

Jméno a příjmení zaměstnance (vyplňuje personální oddělení) Číslo pojištěnce (vyplňuje personální oddělení)

Adresa (vyplňuje personální oddělení) Kód voucheru (vyplňuje personální oddělení)\*

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

Souhlasím s tím, aby osobní údaje uvedené na tomto voucheru 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 činností 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 zaměstnanci ………………., který je pojištěncem VZP ČR a je členem Klubu pevného zdraví. Pokud dosud není členem Klubu pevného zdraví (KPZ), souhlasí s registrací do KPZ.

Finanční příspěvek čerpám ve výši …………. Kč na: Číslo bankovního účtu a kód banky pro zaslání příspěvku

* …………………………

 /

* …………………………
* …………………………
* …………………………

 Telefon

 E-mail

…………………………………………………………………

Podpis pojištěnce

POTVRZENÍ zaměstnavatele – vyplní personální oddělení

Pracoviště Adresa pracoviště

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec VZP je zaměstnanec výše uvedeného pracoviště

……………………………………………………………………………

Datum Razítko a podpis

Za správnost údajů odpovídá personální oddělení ………………………………

**Podmínky účasti v preventivním programu pro klienty VZP**

* Preventivní program Všeobecné zdravotní pojišťovny je určen pro kmenové zaměstnance ………………….. kteří jsou pojištěnci VZP ČR, jsou členy Klubu pevného zdraví.
* VZP ČR poskytne finanční příspěvek pouze na aktivity specifikované v tomto voucheru.
* VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do 30. 11. 2016 předloží na kterémkoliv klientském pracovišti VZP ČR nebo předá prostřednictvím personálního oddělení:
1. tento vyplněný voucher s razítkem a podpisem personálního útvaru potvrzujícím zaměstnanecký poměr
2. doklad o zaplacení příspěvku na výše uvedené aktivity. Doklad nesmí být starší než 3 kalendářní měsíce.