



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211



POUKAZ PRO POJIŠTĚNCE ZP MV ČR NA LÉČEBNÉ PROCEDURY U POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

1. VYPLNÍ POJIŠTĚNEC

Jméno a příjmení pojištěnce ZP MV ČR:	<input type="text"/>
Rodné číslo pojištěnce ZP MV ČR:	<input type="text"/>
Výše příspěvku:	1000 Kč / ROK
Číslo účtu pojištěnce ZP MV ČR:	<input type="text"/>

2. POKYNY

- Léčebné procedury budou uhrazeny výhradně na základě schváleného „Poukazu ZP MV ČR“.
- Léčebnou procedurou se rozumí především vodoléčba, elektroléčba, rehabilitace, fyzioterapie, tělesná výchova, fyzikální terapie (galvanizace, iontoforéza, diadynamik, ultrazvuk (i rázová vlna), magnetoterapie, parafin, diatermie, vasotrain, slatinné zábaly, masáže, lymfodrenáže apod.), oxygenoterapie, volný přístup do sauny, polárium, vacuShape.
- Příspěvek nelze žádat na wellness procedury (bazén, vodní svět, aquaparky, plavání apod.), kosmetiku, pedikúru, solárium, vstupní a výstupní prohlídku u lékaře lázní, parkovné nebo lázeňský poplatek.
- Výběr smluvního poskytovatele zdravotních služeb, který zajišťuje léčebné procedury si vybírá pojištěnec.
- Úhrada příspěvku se poskytuje přímo pojištěnci na jeho bankovní účet.
- Poukaz se předkládá na klientská centra ZP MV ČR nebo datovou schránkou, společně s platebním dokladem za léčebné procedury, a to do 3 měsíců od vystavení platebního dokladu, nejpozději do 31. 12. 2024.
- Vyplacení příspěvku stávajícímu pojištěnci je možné až po ověření, že se nezaregistroval k jiné zdravotní pojišťovně od 1. 7. 2024 nebo od 1. 1. 2025.

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 jednotlivých zpracováních naleznete v uveřejněném „Informačním memorandu GDPR“ a dále v dokumentu „Preventivní programy – Bonusy“ na webových stránkách ZP MV ČR na odkazu <https://www.zpmvcr.cz/>.

Datum:	<input type="text"/>	Podpis pojištěnce:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------------------	----------------------

3. VYPLNÍ NOS PČR

Číslo poukazu:	<input type="text"/>	/2024
----------------	----------------------	--------------

Potvrzují, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR je veteránem bezpečnostních sborů při NOS PČR.

Jméno a příjmení pověřeného pracovníka NOS PČR:	<input type="text"/>		
Datum:	<input type="text"/>	Razítko a podpis:	<input type="text"/>