

«naz_poskytovatel»
«ulice»
«psc» «obec»

Dodatek č. Z/GY/2026

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 00

IČO: 47114975

zastoupená na základě pověření generálního ředitele

«preditel», ředitel pobočky «pnazev»

adresa: «pobec», «pulice», PSČ «ppsc»

telefon: «ptelefon», e-mail: «pemail», datová schránka: «pDatSchranka»

(dále jen „Pojišťovna“)

a

«naz_poskytovatel»

se sídlem: «obec_SZ», «ulice_SZ», PSČ «psc_SZ»

IČO: «ICO», IČZ: «icz»

zastoupený

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. «kodsmi»

(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro: **ambulantní péče v gynekologii – jiný způsob úhrady**

Článek I.

1. Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v oboru **gynekologie a porodnictví nebo dětská gynekologie (odbornosti 603, 604)** pojištěnkám Pojišťovny v období **od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena jiným způsobem, než stanoví vyhláška č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2026 (dále jen „Vyhláška“).
2. Seznamem výkonů se rozumí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Pracovištěm se rozumí jedno IČP Poskytovatele. Pravidelnou kontrolou ultrazvukového přístroje certifikovaným subjektem se rozumí bezpečnostně technická prohlídka zdravotnického prostředku.
3. Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané v Příloze č. 2 Smlouvy, kdy je na pracovišti Poskytovatele pro pojištěnku Pojišťovny dostupný alespoň 1 zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, s tím, že do ordinačních hodin se nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

Článek II.

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro Poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se sjednává ve výši 118 Kč za jednu registrovanou pojištěnku, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) 9 Kč, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, to jest působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé

hodnocené období. Tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel doloží Pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.

- b) 9 Kč, pokud Poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin.
- c) 9 Kč, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období.
- d) 9 Kč, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
- e) 4 Kč, pokud Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % registrovaných pojištěnek Pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. 12. 2026.

Pokud byl doklad podle písm. a), c) nebo d) Pojišťovně již předložen a jeho platnost trvá, není nutné jej znovu zasílat. V případě, že Poskytovatel splňuje současně více podmínek, navýšení podle písm. a) až e) se sčítají.

- 2. S výjimkou služeb hrazených podle článku III až VI jsou měsíční agregovanou úhradou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče, která zahrnuje především tyto činnosti:
 - a) vstupní komplexní vyšetření gynekologem,
 - b) preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
 - c) ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí,
 - d) cílená a kontrolní vyšetření gynekologem,
 - e) telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,
 - f) minimální kontakt lékaře s pacientem,
 - g) odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního,
 - h) dispenzární péče,
 - i) edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou,
 - j) injekce I.M, S.C., I.D.,
 - k) vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - l) odeslání pojištěnce na navazující vyšetření,
 - m) předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - n) poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.
- 3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu Poskytovateli, pokud u ní byla tímto Poskytovatelem v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021, 63050 nebo 63893. Výkon č. 63893 Poskytovatel vykáže v případě, že v období od 1. 1. 2024 u pojištěnky provedl preventivní prohlídku a pojištěnka následně změnila zdravotní pojišťovnu. Datum provedení tohoto výkonu musí být nejdříve v den přechodu k nové zdravotní pojišťovně, tj. jedná se o fiktivní datum, které se neshoduje s datem provedení preventivní prohlídky.
- 4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1 je Poskytovateli za daný kalendářní měsíc uhrazena, pokud Poskytovatel Pojišťovně doloží, že každé místo poskytování hrazených služeb uvedené v Příloze č. 2 Smlouvy je po celý tento měsíc vybaveno minimálně jedním ultrazvukovým

přístrojem vyrobeným po 31. 12. 2011. Poskytovatel Pojišťovně dále doloží doklad o pravidelné kontrole přístroje certifikovaným subjektem provedené nejpozději v kalendářním měsíci, v jehož průběhu uplyne lhůta 2 let ode dne provedení poslední kontroly nebo od data výroby ultrazvukového přístroje. Poskytovateli, který splnění podmínek nedoloží, náleží měsíční agregovaná úhrada za jednu registrovanou pojištěnku ve výši 59 Kč, přičemž navýšení podle bodu 1 písm. a) až e) se nepoužije. Splnění podmínek podle tohoto bodu Poskytovatel doloží Pojišťovně formou čestného prohlášení zveřejněného na <https://www.vozp.cz/aktuality/informace-pro-ambulantni-gynekology-o-zpusobu-dolozeni-ultrazvukoveho-pristroje> a příslušnými doklady.

5. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek Pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady za jednu registrovanou pojištěnku Pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d), pokud byly splněny podmínky bodu 4, jinak měsíční agregované úhrady podle bodu 4. Splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až d) a bodu 4 je vyhodnoceno k poslednímu dni daného kalendářního měsíce.
6. Poskytovatel vykazuje následující výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím Poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek měsíční agregované úhrady:
 - a) výkon č. 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,
 - b) výkon č. 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem,
 - c) výkon č. 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykazáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.
7. V případě, že Poskytovatel v rámci nepravdivé péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravdivou péči, přičemž pro tyto výkony se sjednává hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
8. Pokud úhrada za výkony č. 63022, 63023, 63417, 01543, 09555, 09556 a 09557 provedené registrovaným pojištěnkám Poskytovatele neregistrujícím poskytovatelem v odbornosti 603 podle seznamu výkonů přesáhne 6 % z celkové výše úhrady Poskytovateli, pak Pojišťovna část úhrady za tyto výkony tento limit přesahující odečte Poskytovateli z úhrady v plné výši.

Článek III.

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se sjednává úhrada ve výši podle písm. a) až c) za podmínek uvedených v písm. d) až j).
 - a) Hrazené služby v 1. trimestru těhotenství vykazuje Poskytovatel výkonem č. 63897, za který se sjednává úhrada ve výši 2 074 Kč. Výkon se vykazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
 - b) Hrazené služby v 2. trimestru těhotenství vykazuje Poskytovatel výkonem č. 63898, za který se sjednává úhrada ve výši 3 455 Kč. Výkon se vykazuje ve 14. týdnu těhotenství.
 - c) Hrazené služby v 3. trimestru těhotenství vykazuje Poskytovatel výkonem č. 63899, za který se sjednává úhrada ve výši 4 838 Kč. Výkon se vykazuje ve 28. týdnu těhotenství.
 - d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je Poskytovatel povinen vykázat výkon č. 63896. V případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je Poskytovatel povinen vykázat výkon č. 63895.
 - e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písm. a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím Poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím Poskytovatelem.
 - f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písm. a) až c) je registrace pojištěnky u Poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace Pojišťovně nejpozději zároveň s vykazáním těchto hrazených služeb.

- g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby sjednává podle písm. a) až c), nejsou v průběhu těhotenství Pojišťovnou hrazeny žádné výkony, s výjimkou výkonů vyjmenovaných v článcích II a VI.
- h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písm. a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:
 - i. koeficient genetických vyšetření ve výši:
 - I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,
 - II. -0,05 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. -0,10 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,
 - ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:
 - I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu“) nepřesáhne hranici 30 %,
 - II. -0,05 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. -0,10 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.
- i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písm. h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle písm. a) až c).
- j) Koeficienty podle písm. h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl Poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek Pojišťovny.

Článek IV.

1. Za hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce, se sjednává úhrada ve výši 848 Kč. Tyto hrazené služby Poskytovatel vykazuje výkonem č. 63200 a Pojišťovna je uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.

Článek V.

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnek ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů vykázanou výkonem č. 01543 se sjednává úhrada ve výši 87 Kč. Pro výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
2. Za následující hrazené služby se úhrada sjednává takto:
 - a) Za konziliární vyšetření v rámci kolposkopické expertízy vykázané výkonem č. 63063 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 1 076 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 1 576 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 1 342 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 1 957 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.

- e) Za vyšetření urogynékologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 593 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - f) Za urogynékologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši 654 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.
 - g) Pro výkony urogynékologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
 - h) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15118, 15119, 15120, 15121, 32410, 32420, 39115, 63511, 63531, 63547, 63651, 82053 a 82056 podle seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
 - i) Pro výkony č. 11320 až 11327 se sjednává hodnota bodu ve výši 1,00 Kč. Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 0,94 Kč.
3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle článku II jsou Poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.
 4. Pro hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

Článek VI.

1. Za každý vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 89178 (screeningová mamografie v dispenzární péči) nebo výkon č. 89223 (screeningová mamografie) podle seznamu výkonů se sjednává příplatek ve výši **30 Kč**. Podmínkou úhrady příplatku je vyžádání těchto výkonů Poskytovatelem (doklad 06 – poukaz na vyšetření/ošetření).
2. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 63063 (kolposkopická expertiza) podle seznamu výkonů se sjednává příplatek ve výši **750 Kč**. Podmínkou úhrady příplatku je platná funkční licence F017 (expertní kolposkopie) opravňující Poskytovatele k vykazování tohoto výkonu.
3. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 63415 (superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče) podle seznamu výkonů se sjednává příplatek ve výši **750 Kč**. Podmínkou úhrady příplatku je platný certifikát ČGPS opravňující Poskytovatele k vykazování tohoto výkonu.
4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 63701 (vyšetření urogynékologem) nebo výkon č. 63703 (ultrazvukové vyšetření urogynékologem) podle seznamu výkonů se sjednává příplatek ve výši **750 Kč**. Podmínkou úhrady příplatku je zvláštní odborná způsobilost v oboru urogynéologie opravňující Poskytovatele k vykazování tohoto výkonu.

Článek VII.

1. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle části E přílohy č. 4 k Vyhlášce. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel do 30 dnů od obdržení vyúčtování odůvodní nezbytnost poskytnutých hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad.
2. Do hodnoceného období Pojišťovna zahrne veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, Poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2027 a Pojišťovnou uznané do 30. 4. 2027. Úhradu za hrazené služby Poskytovatelem vykázané po 31. 3. 2027 Pojišťovna vynásobí koeficientem 0,95.
3. Předběžná měsíční úhrada se poskytne Poskytovateli ve výši odpovídající objemu hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných. Úhrada podle článku II bodu 1 písm. e), článku II bodu 8, článku III bodu 1 písm. h), článku VI a článku VII bodů 1 a 2 se finančně vypořádá ve vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období.
4. Vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období bude Pojišťovnou vyhotoveno do 150 dnů po skončení hodnoceného období. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

Článek VIII.

1. Poskytovatel předkládá Pojišťovně v souladu se Smlouvou fakturu za hrazené služby poskytnuté jejím pojištěnkám. K faktuře připojí řádné vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v účetním

období, k němuž se faktura vztahuje, doložené příslušnými dávkami dokladů. Pokud Poskytovatel vykazuje pod jedním IČZ hrazené služby poskytované v různých segmentech, vykáže hrazené služby poskytované podle Dodatku samostatnou dávkou dokladů.

2. Hrazené služby poskytnuté před hodnoceným obdobím budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.
3. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěnkám vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů. Zahraniční pojištěnkou se rozumí pojištěnka podle § 1 bodu 1 písm. b) Vyhlášky.

Článek IX.

1. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro hodnocené období.
2. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy. Nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle § 17 odst. 9 Zákona. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna Dodatek zveřejní.
3. Dodatek uzavíraný v elektronické podobě je vyhotoven v jednom vyhotovení. Dodatek uzavíraný v listinné podobě je vyhotoven ve dvou výtiscích, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jedno vyhotovení.
4. Poskytovatel, který má zřízenou datovou schránku, se zavazuje zaslat Dodatek podepsaný uznávaným elektronickým podpisem nejpozději **do 30. 11. 2026** do datové schránky Pojišťovny **p3aaext**. Pojišťovna následně zašle Dodatek podepsaný oprávněným zástupcem Pojišťovny do datové schránky Poskytovatele.
5. Uznávaným elektronickým podpisem se rozumí zaručený elektronický podpis založený na kvalifikovaném certifikátu pro elektronický podpis nebo kvalifikovaný elektronický podpis.
6. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
7. Smluvní strany prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1. 1. 2026 do doby nabytí účinnosti. Na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný po celé uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

.....
Poskytovatel

.....
Pojišťovna