

Oznámení o přiznaném stupni invalidity

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP ČR

1. Identifikace pojištěnce a kontaktní údaje

Příjmení

Jméno

Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Telefon

E-mail

2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Příjmení

Jméno

Datum narození

3. Oznámení o přiznaném stupni invalidity

Přiznaný invalidní důchod pro třetí stupeň invalidity

platnost od *

platnost do

Přiznaný druhý stupeň invalidity bez výplaty důchodu

platnost od *

platnost do

Přiznaný třetí stupeň invalidity bez výplaty důchodu

platnost od *

platnost do

* Snížený limit lze přiznat až ode dne, kdy klient rozhodné skutečnosti zdravotní pojišťovně doloží, tj. ode dne doručení tohoto formuláře a požadovaných dokladů (datum převzetí na pobočce VZP ČR, datum poštovního razítka, datum odeslání e-mailu atd.)

4. Číslo účtu pro vrácení částek překračujících limit doplatků

Předčíslí účtu

Číslo účtu

Kód banky

5. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené na tomto Oznámení jsou pravdivé a úplné.

Vyplněno dne

Počet příloh

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce,
opatrovníka, poručníka)