VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

# Reklamace nedoručené úhrady/opakované vyplacení přeplatku
## na doplatcích na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely

Jméno a příjmení pojištěnce:
Číslo pojištěnce (rodné číslo):
Telefon: E-mail:

---

**Požadavek** (označte jednu variantu)

☐ Reklamace nedoručeného přeplatku z vyúčtování:

☐ Žádám o opakované vyplacení přeplatku na doplatcích na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Za čtvrtletí / rok:
Částka Kč:

---

## Způsob vrácení:

Bankovním převodem na číslo účtu:

Složenkou na adresu. V případě, kdy klient nedisponuje bankovním účtem:

---

V:
Dne:
Podpis pojištěnce / zákonného zástupce / opatrovníka
V případě, že se jedná o nezletilého klienta či klienta, za kterého jedná opatrovník, je nutné tuto skutečnost zákonným způsobem doložit (např. rodným listem, ověřenou kopií rozhodnutí soudu atd.).

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.