



Žádost

o vrácení finančního přeplatku
zákonnému zástupci

(vyplní čitelně plátc: SAM – samoplátce)

A) IDENTIFIKACE PLÁTCE

Číslo plátce:

(SAM = číslo pojistěnce)

Jméno a příjmení:

(SAM)

Kontaktní adresa:

Adresa

B) IDENTIFIKACE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení:

Jméno a příjmení

Identifikace:

Číslo pojistěnce, datum narození, číslo dokladu

Kontaktní adresa:

Adresa

Telefon/e-mail:

Telefon

E-mail

Vztah zákonného zástupce k plátc:

Matka, otec, opatrovník, atd.

Doklad prokazující vztah zákonného zástupce k plátc:

Vyplňte typ a číslo dokladu (např. usnesení soudu, rodný list, ověřená plná moc, atd.)

C) TEXT ŽÁDOSTI

Upozornění: přeplatek se vrací až od úhmné výše 200 Kč (§14 odst. 2 zák. č. 592/1992 Sb.) Výše uvedený plátce žádá VZP ČR

- o vrácení přeplatku pojistného ve výši:

, - Kč

Částka

- o vrácení přeplatku penále ve výši:

, - Kč

Částka

1) Bezhotovostním(i) převodem(y) s variabilním symbolem – shora uvedené číslo plátce (viz výše oddíl A):

- na číslo účtu:

předčíslí

číslo účtu

kód banky

V případě platby do zahraničí uveďte účet ve formátu IBAN:

IBAN:

SWIFT (BIC):

Adresa banky v zahraničí:

2) Složenkou na kontaktní adresu (viz výše oddíl B) s variabilním symbolem - shora uvedené číslo plátce (viz výše oddíl A).

D) Žádost o vrácení finančního přeplatku z důvodu:

Přílohy:

Dne

Jméno a příjmení žadatele

Podpis

(vyplní pojišťovna)

E) Žádost o vrácení finančního přeplatku vystavil pracovník VZP:

Datum vystavení:

Podpis č. 1

Žádost o vrácení finančního přeplatku prověřil a souhlasí s realizací pracovník referátu RPO, RSR, RKSŘIP, RKSŘZ:

Podpis č. 2

Realizaci vrácení finančního přeplatku zpracoval pracovník referátu RPO:

Podpis č. 3