



Ž Á D O S T

o vrácení finančního přeplatku

(vyplní čitelně plátce: SAM – samoplátce, ZAM – zaměstnavatel)

A) IDENTIFIKACE PLÁTCE

Číslo plátce:

(SAM = rodné číslo dle průkazu pojištěnce, ZAM = IČ+xx)

Jméno a příjmení, název:

(SAM, ZAM)

Jméno a příjmení, název zaměstnavatele

Adresa trvalého bydliště:

(SAM, ZAM – fyzické osoby)

Adresa

Adresa sídla zam.:

(ZAM – právnické osoby)

Adresa

Současná kontaktní adresa:

(pokud se liší od výše uvedených adres)

Adresa

Telefon/e-mail:

Telefon

E-mail

B) TEXT ŽÁDOSTI

Upozornění: přeplatek se vrací až od úhrnné výše 200 Kč (§14 odst. 2 zák. č. 592/1992 Sb.)

Výše uvedený plátce žádá VZP ČR

Vybrané označit křížkem

- o vrácení přeplatku pojistného ve výši:

 ,-- Kč

výše

Vybrané označit křížkem

- o vrácení přeplatku penále ve výši:

 ,-- Kč

výše

Vybraný způsob označit křížkem

1) Bezhotovostním(i) převodem(y) s variabilním symbolem - výše uvedené číslo plátce:

- na číslo účtu :

předčíslí

číslo účtu

kód banky

V případě platby do zahraničí uveďte účet ve formátu IBAN:

SWIFT (BIC):

Adresa banky v zahraničí:

Vybraný způsob označit křížkem

2) Složenkou na adresu trvalého bydliště/na kontaktní adresu (viz výše oddíl A) s variabilním symbolem - výše uvedené číslo plátce.

Z důvodu:

Přílohy :

Dne

Jméno a příjmení

Podpis

(vyplní pojišťovna)

C) 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