



Žádost o zaslání částek překračujících limit doplatků na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely na bankovní účet

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo pojištěnce (RČ):

Telefonický kontakt:

E-mailový kontakt:

Žádám o zaslání částek, o které překročím limit doplatků 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, **na bankovní účet**

č.: - /
předčíslí číslo účtu kód banky

V dne

.....
podpis pojištěnce / zákonného zástupce / opatrovníkaⁱ

Důležité pokyny:

1. Uvedenou žádost předložte na VZP ČR **pouze** v případě, že jste číslo bankovního účtu pro zaslání přeplatků neoznámili již dříve nebo požadujete změnu čísla bankovního účtu dříve nahlášeného VZP ČR pro zaslání přeplatků. Formulář slouží k oznámení čísla bankovního účtu pro zaslání dalších případných přeplatků v následujícím období.
2. Pokud máte u VZP ČR uveden jakýkoli jiný bankovní účet, např. pro platby pojistného, výplatu příspěvků fondu prevence apod., je nutno pro vyplácení přeplatků nad limit tuto žádost vyplnit, **bankovní účet uvedený pro jiný účel automaticky použit není**.
3. Žádost je nutné předložit, resp. zaslat **místně příslušnému pracovišti VZP ČR**.

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.

ⁱ 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.).