

Žádost o zasílání 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 zasílání 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 účtu pro zasílání přeplatků neoznámili již dříve. Formulář slouží k zasílání dalších případných přeplatků v následujícím období.
2. V případě, že nemáte zájem o zasílání přeplatků na účet, není třeba tuto skutečnost VZP oznamovat, přeplatek Vám bude **automaticky** zaslán poštovní poukázkou.
3. Pokud máte u VZP ČR uveden jakýkoli jiný účet, např. pro platby pojistného, výplatu příspěvků fondu prevence apod., je nutno pro vyplácení přeplatků nad limit tuto žádost vyplnit, **účet uvedený pro jiný účel automaticky použit není.**
4. 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 obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.

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.).