



zaměstnanecká
pojišťovna
škoda

Žádost o vrácení přeplatku na veřejném zdravotním pojištění

Identifikační údaje

Jméno a příjmení / Název plátce

Číslo pojištěnce / IČO

Adresa (trvalý pobyt / sídlo firmy)

Ulice

Číslo popisné / orientační

Obec

PSČ

Adresa pro doručování (pokud se liší od adresy trvalého pobytu / sídla)

Ulice

Číslo popisné / orientační

Obec

PSČ

Telefon

Datová schránka

E-mail

Kategorie

OBZP

OSVČ

Zaměstnavatel

Požadovaný způsob vrácení přeplatku

Na bankovní účet

Složenkou

Důvod vrácení přeplatku

Uvedené osobní údaje jsou Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda 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.

Datum

Podpis žadatele / razítko

