



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

<input type="checkbox"/> Na bankovní účet		bankovní účet / kód banky
<input type="checkbox"/> Složenkou		na adresu

### 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