



Priestor na čiarový kód:

ŽIADOSŤ O VRÁTENIE POISŤNÉHO ALEBO PREÚČTOVANIE PLATBY/ PLATIEB POISŤNÉHO

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

Platiteľ poisťného:

Obchodné meno/Meno a priezvisko:

IČO:

Rodné číslo:

Telefón:

E-mail:

Sídlo/adresa trvalého pobytu:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Adresa na doručovanie (ak je rozdielna od sídla alebo trvalého pobytu):

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Zaevidovať adresu na doručovanie ako korešpondenčnú adresu: Áno Nie

Žiadosť o vrátenie poisťného

Žiadam o vrátenie preplatku, ktorý:

je v sume:

bol zaplatený bez právneho dôvodu za obdobie od: / do: /

Odôvodnenie žiadosti:

Preplatok žiadam:

vrátiť na číslo účtu IBAN:

názov banky:

vrátiť poštovou poukážkou na: adresu sídla/trvalého pobytu adresu doručovania

započítať s budúci predavkom na poisťné, splatný v nasledujúcich mesiacoch až do úplného vyrovnania preplatku





Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že beriem na vedomie, že ak existuje iná - nevymáhaná pohľadávka zdravotnej poisťovne voči mne, bude zistený preplatok započítaný s touto pohľadávkou.

K žiadosti o vrátenie poistného priložujem prílohy:

Áno Nie

Prílohy:

kópie bankových výpisov

počet strán prílohy:

kópie poštovej poukážky

počet strán prílohy:

iné

počet strán prílohy:

Žiadosť o preúčtovanie platby/platieb poistného

Žiadam o preúčtovanie platieb:

suma uhradenej platby v €	dátum uhradenej platby	variabilný symbol uhradenej platby	variabilný symbol, pod ktorým mala byť platba uhradená - PREÚČTOVAŤ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Odôvodnenie žiadosti:

V _____ Dňa: _____

Podpis
(príp. spolu s pečiatkou): _____

Titul, meno, priezvisko
(čitateľne): _____

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeoobecnej zdravotnej poisťovni, a.s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla na tomto tlačive, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP. Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedený účel nie je povinné.

Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky. Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na www.vszp.sk/oo a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

V _____ Dňa: _____

Podpis _____

Titul, meno, priezvisko: _____