

Žádost o vypořádání

výplat nadlimitních částek za poplatky a doplatky (§16a a 16b zák. č. 48/1997 Sb.) a dalších závazků Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky v zákonem stanovených termínech bezhotovostní formou na níže uvedený bankovní účet

Pojištěnec - příjemce bezhotovostní úhrady:

jméno a příjmení (čitelně)

Rodné číslo:

žádá ZP MV ČR o trvalé přednostní poukazování svých pohledávek a zákonem daných nárokových položek (vázaných na fyzickou osobu pojištěnce) na uvedený bankovní účet:

<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

předčíslí

číslo účtu

kód banky

IBAN*: SWIFT:

*IBAN a kód SWIFT uvedou pouze žadatelé požadující úhradu na bankovní účet mimo ČR v členění po 4 znacích do každého pole.

Žadatel současně prohlašuje, že účet uvedl správně a při jeho zrušení či změně bude bez zbytečného prodlení osobně, nebo prostřednictvím zplnomocněného zástupce, zdravotní pojišťovnu o této skutečnosti informovat.

Datum žádosti:

Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Pojištěnec bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

Podpis pojištěnce - příjemce bezhotovostní úhrady:**

V případě zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení (čitelně):

Datum narození:

Podpis zákonného zástupce***:

** uvede se pouze v případě zákonného zmocnění za pojištěnce – příjemce bezhotovostní úhrady

*** Žádost lze ověřit při osobním podání na přepážkách poboček zdravotní pojišťovny

ČÁST PRO ÚDAJE ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY – ŽADATEL NEVYPLŇUJE:

Žádost převzal a údaje ověřil: Datum:

Do informačního systému zanesl: Datum: