



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

ŽÁDOST O VRÁCENÍ PŘEPLATKU NA POJISTNÉM

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (ŽADATELI)

Název / Jméno a příjmení:			
IČO:		Rodné číslo:	
Adresa sídla / trvalého pobytu:			
Adresa pro poukázání platby* <small>*Nevyplňuje se, je-li shodná s adresou sídla / trvalého pobytu</small>			
Kontaktní osoba**:			
Telefon**:		E-mail**:	

2. VRÁCENÍ PŘEPLATKU

Výše uvedený plátce žádá ZP MV ČR o vrácení přeplatku:

KATEGORIE PLÁTCE

- OBZP (OSOBA BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMŮ)
OSVČ (OSOBA SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÁ)
ZAMĚSTNAVATEL

TYP PŘEPLATKU

POJISTNÉ ve výši: Kč PENÁLE ve výši: Kč

ZPŮSOB VRÁCENÍ

BEZHOTOVOSTNÍM PŘEVODEM

Na bankovní účet číslo: – /
předčíslí číslo účtu kód banky

BEZHOTOVOSTNÍM PŘEVODEM DO ZAHRANIČÍ

IBAN: SWIFT: MĚNA ÚČTU

Adresa banky v zahraničí:

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

POŠTOVNÍ POUKÁZKOU

Důvod vrácení přeplatku:

Jsem si vědom/-a, že přeplatek se vrací plátcí pojistného pouze, pokud není jiného splatného závazku vůči ZP MV ČR. Je-li takový závazek, použije se přeplatek pojistného k jeho úhradě. Přeplatek bude vrácen dle §14 zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění, a to do jednoho měsíce ode dne doručení žádosti zdravotní pojišťovně.

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/-a v této žádosti, jsou pravdivé, přesné a úplné.

Datum:

Podpis žadatele
/ razítko:

** nepovinný údaj

Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Žadatel 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).