



Priestor na ťiarový k6d:

ŹIADOSŤ O VRĀTENIE POIŠTNĚHO ALEBO PREŮŤTOVANIE PLATBY/ PLATIEB POIŠTNĚHO

Priestor pre prezentačnú peťiatku:

Platiteľ poistného:

Obchodné meno/Meno a priezvisko:

IČO:

Rodné ťíslo:

Telef6n:

E-mail:

Sídlo/adresa trvalého pobytu:

Ulica:

Ťíslo:

PSĈ:

Obec/mesto:

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

Ulica:

Ťíslo:

PSĈ:

Obec/mesto:

Zaevidovať adresu na doruĥovanie ako korešpondenĈnú adresu:

Āno

Nie

Źiadosť o vrátenie poistného

Źiadam o vrátenie preplatku, ktorý:

je v sume:

bol zaplatený bez právneho dôvodu za obdobie

od:

do:

Od6vodnenie Źiadosti:

Preplatok Źiadam:

vrátiť na ťíslo ťuĈu IBAN:

názov banky:

vrátiť poštovou poukážkou na:

adresu sídla/trvalého pobytu

adresu doruĥovania

zapoĈítať s budúcim preddavkom na poistné, splatným v nasledujúcich mesiacoch aŹ do ťplného 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): _____

Informácia o spracúvaní osobných údajov:

VšeoBecná zdravotná poisťovňa, a.s. ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje najmä na účel výkonu verejného zdravotného poistenia a s tým súvisiacich činností v rozsahu osobitných právnych predpisov. Všetky aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutých osôb sú dostupné na www.vszp.sk/OOU a na všetkých klientskych pracoviskách.

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov VšeoBecnou zdravotnou poisťovňou, a.s., Panónska cesta, 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874 (ďalej len „VšZP“) na účel marketingových aktivít VšZP a spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, emailová adresa, telefónne číslo, dátum narodenia a s tým súvisiacim profilovaním osobných údajov evidovaných VšZP s cieľom prispôsobenia marketingových aktivít. Súhlas udeľujem na dobu trvania poistného vzťahu s VšZP a 5 rokov od jeho ukončenia. Súhlas môžem kedykoľvek odvolať bez toho, aby to malo vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov pred jeho odvolaním, na e-mailovej adrese zodpovednaosoba@vszp.sk. Aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov sú dostupné na www.vszp.sk/OOU a na všetkých klientskych pracoviskách. Tento súhlas je považovaný aj za súhlas v zmysle osobitných právnych predpisov upravujúcich šírenie reklamy.

V _____ Dňa: _____

Podpis _____

Titul, meno, priezvisko: _____