



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517

Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

UNIVERZÁLNA ŽIADOSŤ k PREPLATKU poistenca / platiteľa poistného

Meno a priezvisko / Obchodné meno	
Adresa trvalého pobytu / Sídlo podnikania	
Adresa pre doručovanie* v prípade, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu / sídla podnikania	
Rodné číslo	IČO
Telefón	E-mail

Žiadosť o vrátenie preplatku

Výška preplatku	eur	Preplatok vznikol z	☐ RZP*	☐ preddavkov
Preplatok žiadam ☐ vrátiť poštovým peňažným poukazom na adresu trvalého pobytu / sídla / komunikačnú adresu **				
☐ vrátiť na bankový účet vedený v peniažnom ústave:				
IBAN				SWIFT (BIC) kód
Doplňujúce informácie				
Súhlasím so zaevidovaním uvedeného bankového účtu ☐ ÁNO ☐ NIE				
☐ započítať s (budúcim) preddavkom na poistné, splatným v nasledujúcich mesiacoch až do celkovej výšky preplatku				

**nehodiace sa prečiarknite

Žiadosť o preposlanie Oznámenia o výsledku RZP

Číslo oznámenia	
Oznámenie žiadam preposlať	☐ poštou na adresu trvalého pobytu / sídla / komunikačnú adresu **
	☐ e-mailom

**nehodiace sa prečiarknite

Nesúhlasné stanovisko k Oznámeniu o výsledku RZP

Číslo oznámenia	Doklady**
Odôvodnenie***	

V dňa podpis a pečiatka žiadateľa

* ročné zúčtovanie poistného ** označte a priložte k stanovisku doklady, ktoré riadne preukazujú zmenu výšky preplatku

***dôvod podania nesúhlasného stanoviska ste povinný/á uviesť

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov