

Union zdravotná poisťovňa, a.s.
Bajkalská 29/A
821 08 Bratislava

V (o)....., dňa.....

VEC: Žiadosť o vrátenie preplatku

Platiteľ poistného, zamestnávateľ*

Obchodný názov:	
IČO:	
Sídlo:	

Platiteľ poistného, SZČO**

Obchodný názov:	
Rodné číslo SZČO:	
Sídlo:	

Platiteľ poistného, osoba tzv. „dobrovoľne nezamestnaná“ ***

Priezvisko, meno:	
Rodné číslo :	
Adresa trvalého bydliska:	

Spôsob vrátenia preplatku:

Bankovým prevodom

Obchodný názov banky:		Číslo účtu:		Kód banky:	
-----------------------	--	-------------	--	------------	--

Poštovým peňažným poukazom

(vyplniť iba v prípade SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanej osoby)

.....
Meno a priezvisko, podpis, pečiatka****
(oprávnená osoba pre podanie žiadosti)

*vyplní zamestnávateľ
**vyplní SZČO
***vyplní osoba tzv. „dobrovoľne nezamestnaná“
****pokiaľ je k dispozícii

Poznámka: Žiadosť adresujte na najbližšie kontaktné miesto Union zdravotnej poisťovne, a.s., prípadne na ústredie. Zoznam kontaktných miest je uverejnený na webovej stránke www.unionzp.sk