

# Oznámení o přiznaném stupni invalidity

## 1. Identifikace pojištěnce a kontaktní údaje

Příjmení:

Jméno:

Číslo pojištěnce (rodné číslo):

Telefon:

E-mail:

---

## 2. Zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník

Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

---

## 3. Oznámení o přiznaném stupni invalidity

Přiznaný invalidní důchod pro třetí stupeň invalidity

Přiznaný druhý stupeň invalidity bez výplaty důchodu

Přiznaný třetí stupeň invalidity bez výplaty důchodu

Platnost od:

Platnost do:

Snížený limit lze přiznat až ode dne, kdy klient rozhodné skutečnosti zdravotní pojišťovně doloží, tj. ode dne doručení tohoto formuláře a požadovaných dokladů (datum převzetí na pobočce VZP ČR, datum poštovního razítka, datum odeslání e-mailu atd.).

---

## 4. Číslo účtu pro vrácení částek překračujících limit doplatků

Číslo účtu (včetně předčíslí a kódu banky):

---

## 5. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené na tomto Oznámení jsou pravdivé a úplné.

Vyplněno dne:

Počet příloh:

Podpis pojištěnce

*(zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka)*

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP