

Zrušení smlouvy zdravotního pojištění cizinců

Insurance contract cancellation

Расторжение договора медицинского страхования иностранцев



MAXIMA
POJIŠŤOVNA

MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR •

tel.: +420 273 190 400 • fax: +420 273 190 412 • email: info@maxima-as.cz • www: www.maximapojistovna.cz

Pojistník (jméno a příjmení) / Policy-holder (name, surname) / Страхователь (имя и фамилия)

Datum narození / Date of birth / Дата рождения

Č. dokladu totožnosti / Passport No / Номер удостоверения личности

Adresa pobytu v ČR / Address in Czech Republic / Адрес проживания в Чехии

Tel. číslo / Tel. No / Тел.

E-mail

Informace k zániku pojistné smlouvy č. / Information about cancelation of the insurance policy No.
/ Информация о прекращении действия договора страхования №

z důvodu / due to / по причине

ukončení pobytu pojištěného v ČR / neudělení povolení k pobytu v ČR / termination of the insured's stay in the Czech Republic / non-granting of a residence permit in the Czech Republic / прекращения пребывания застрахованного в Чехии / отказа в предоставлении вида на жительство в Чехии

ke dni / to date /
ко дню

přechodu do veřejného zdrav. systému / transition to Public Health Insurance / перехода в общественное медицинское страхование

ke dni / to date /
ко дню

náhrady pojištění novou smlouvou zdravotního pojištění č. / replacement of the contract with a new insurance contract No. / замены договора на новый договор медицинского страхования №

jiného důvodu / other reason / иное

Případný přeplatek pojistného / I also request to send a possible overpayment of the premiums / При наличии переплаты по страховым взносам

zaslat na číslo bank. účtu / to the bank account No / отправить на счет №

zaslat na adresu / to address / отправить по адресу

převést na pojistnou smlouvu č. / to transfer the excess money to the insurance contract No / перевести на договор страхования №

Prohlašuji, že si nejsem vědom/a skutečnosti, která by zakládala pojistnou událost.

I declare that I am not aware of the fact that would establish an insured event.

Я заявляю, что мне неизвестны факты, которые могут привести к возникновению страхового случая.

V / In / В

Dne / date / дата

Podpis pojistníka / Signature / Подпись страхователя

V / In / В

Dne / date / дата

Podpis a razítko zástupce pojišťovny / Signature and stamp of insurer / Подпись и печать представителя страховой компании