

# 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 на государственное 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 №

výpovědi pojistné smlouvy do 2 měsíců od data jejího sjednání / cancellation of the insurance contract within 2 months from the date of its conclusion / расторжения договора страхования в течение 2 месяцев со дня его заключения

výpovědi pojistné smlouvy do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události / termination of the insurance contract within 3 months from the date of notification of the insured event / расторжения договора страхования в течение 3 месяцев со дня уведомления о страховом случае

odstoupení od smlouvy uzavřené na dálku (do 14 dnů od uzavření pojistné smlouvy) / withdrawal from a contract concluded remotely (within 14 days of concluding the insurance contract) / отказа от договора, заключенного дистанционно (в течение 14 дней с момента заключения договора 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 №

Další informace najdete na druhé straně formuláře / turn over for further information / Дополнительную информацию можно найти на другой стороне бланка

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.**

**Подтверждаю отсутствие на момент расторжения договора каких-либо обстоятельств, составляющих страховой случай.**

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

Vezměte prosím na vědomí, že pro platby přeplatku **na účet vedený u banky nebo platební instituce v České republice** je třeba do žádosti uvést následující informace:

- číslo účtu příjemce,
- kód banky příjemce.

Pro platby přeplatku **na účet vedený u banky nebo platební instituce ve Slovenské republice** je třeba uvést:

- číslo účtu příjemce ve formě IBAN,
- jméno příjemce,
- adresu příjemce.

Pokud nemáte účet u banky nebo platební instituce v České či Slovenské republice, je možné vyplatit přeplatek na pobočce MAXIMA pojišťovny v hotovosti.

*Please note that for payments of the overpayment to an **account held with a bank or payment institution in the Czech Republic**, the following information must be included on the application form:*

- *the beneficiary's account number,*
- *the code of the beneficiary's bank.*

*For payments of the overpayment to an **account held with a bank or payment institution in the Slovak republic**, the following information is required:*

- *the beneficiary's account number in IBAN form,*
- *the name of the beneficiary,*
- *the address of the beneficiary.*

*If you do not have an account with a bank or payment institution in the Czech or Slovak Republic, the overpayment can be paid out at a MAXIMA branch in cash.*

*Обратите внимание, что для перечисления переплаты **на счет, открытый в банке или платежном учреждении в Чешской Республике**, в заявлении необходимо включить следующую информацию:*

- *номер счета бенефициара,*
- *код банка бенефициара.*

*Для перечисления переплаты на **счет, открытый в банке или платежном учреждении в Словацкой Республике**, требуется следующая информация:*

- *номер счета бенефициара в формате IBAN,*
- *имя бенефициара,*
- *адрес бенефициара.*

*Если у вас нет счета в банке или платежном учреждении в Чешской или Словацкой Республике, переплату можно получить в филиале страховой компании MAXIMA наличными.*