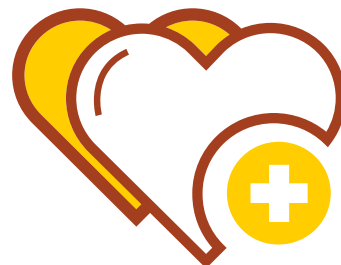


číslo pojistné smlouvy:



Ukončení pojistné smlouvy

Zdravotní pojištění cizinců

Pojistník

Příjmení (obchodní firma)	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Kontaktní adresa *	<input type="text"/>	Číslo popisné	<input type="text"/>	Obec	<input type="text"/>
				PSČ	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		

* v případě, že se liší od pojistné smlouvy.

Ukončení pojistné smlouvy z důvodu

Povinné přílohy

<input type="checkbox"/> Do dvou měsíců od data sjednání pojištění § 2805 odst. 1. a) zákona č. 89/2012 Sb.	
<input type="checkbox"/> Odstoupení od smlouvy uzavřené formou obchodu na dálku (do 14dnů) § 2808 odst. 3) zákona č. 89/2012 Sb.	
<input type="checkbox"/> Zamítnutí žádosti o udělení víza nebo povolení k pobytu	<input type="checkbox"/> Potvrzení od OAMP MV nebo Cizinecké policie
<input type="checkbox"/> Přechodu do veřejného zdravotního pojištění	<input type="checkbox"/> Potvrzení od veřejné zdravotní pojišťovny (průkaz pojištěného)
<input type="checkbox"/> Náhrady smlouvy novou smlouvou zdravotního pojištění cizinců č. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kopie nahrazující smlouvy zdravotního pojištění cizinců
<input type="checkbox"/> Jiný důvod <input type="text"/>	

Přeplatek na pojistném zaslat na

<input type="checkbox"/> Bankovní účet č. <input type="text"/>	Kód banky <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktní adresu <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nahrazující pojistnou smlouvu č. <input type="text"/>	

Podpisy

V <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dne <input type="text"/>		
	Podpis pojistníka	Převzal (podpis zástupce pojišťovny)

T. č.: 210908/2023/08

Slavia pojišťovna a.s.

Táborská 940/31, 140 00 Praha 4 | Infolinka: +420 255 790 111 | E-mail: info@slavia-pojistovna.cz
IČ: 60197501 | Zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2591

...Váš partner pro šťastný život