

Zdravotná poisťovňa:
.....
.....
.....

Späťvzatie prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne

Údaje o klientovi:

Meno a priezvisko:.....
Rodné číslo/BIČ:..... Dátum narodenia:.....
Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu:.....
Adresa trvalého pobytu (*ulica, číslo domu, obec,PSČ*):.....
.....
Adresa prechodného pobytu (*ulica, číslo domu, obec,PSČ*):.....
.....

Zákonný zástupca/splnomocnená osoba poistenca*:

Meno a priezvisko:.....
Rodné číslo/BIČ:..... Dátum narodenia:.....
Číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu:.....
Adresa trvalého pobytu (*ulica, číslo domu, obec,PSČ*):.....
.....
Adresa prechodného pobytu (*ulica, číslo domu, obec,PSČ*):.....
.....

Dátum podania späťvzatia:

V zmysle § 8a zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov svojím podpisom potvrdzujem späťvzatie prihlášky poistenca na zmenu zdravotnej poisťovne k 1. 1. 2025.

.....

podpis žiadateľa

* nehodiace sa prečiarknuť