

SPÄŤVZATIE PRIHLÁŠKY NA ZMENU ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Zdravotná poisťovňa:

Údaje o klientovi:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/BÍČ:

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/BÍČ:

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. 2028.

podpis žiadateľa