



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517

Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

UNIVERZÁLNA ŽIADOSŤ poistenca / platiteľa poistného

Meno a priezvisko / Obchodné meno

Adresa trvalého pobytu / Sídlo podnikania

Adresa pre doručovanie*

v prípade, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu / sídla podnikania

* žiadam uvedenú adresu zaevidovať ako korešpondenčnú ☐ ÁNO ☐ NIE

Rodné číslo

IČO

Telefón

E-mail

Žiadosť o vydanie potvrdenia o stave pohľadávok a záväzkov

☐ Potvrdenie o neevidovaní pohľadávky

☐ Potvrdenie o výške evidovanej pohľadávky

☐ Potvrdenie pre účely cudzineckej polície

☐ Potvrdenie o výške uhradených preddavkov na poistné

☐ Potvrdenie pre neregistrovaného poist./platiteľa poist.

☐ Potvrdenie pre účely ver. obstaráv.

Forma prevzatia potvrdenia ☐ poštou na uvedenú adresu trvalého pobytu / doručovaciu adresu ** ☐ osobne na kontaktnom mieste so sídlom

Žiadosť o vrátenie preplatku na poistnom

Výška preplatku eur

Preplatok žiadam ☐ vrátiť poštovým peňažným poukazom na uvedenú adresu trvalého pobytu / doručovaciu adresu**

☐ vrátiť na bankový účet vedený v peniažnom ústave:

IBAN

SWIFT (BIC) kód

Doplňujúce informácie

Súhlasím so zaevidovaním uvedeného bankového účtu ☐ ÁNO ☐ NIE

☐ započítať s (budúcim) preddavkom na poistné, splatným v nasledujúcich mesiacoch až do celkovej výšky preplatku

**nehodiace sa prečiarknite

Iný dôvod podania žiadosti

V dňa podpis a pečiatka žiadateľa

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov.