Príloha č. xx **Číslo poistnej zmluvy** _ _ _ _ _ _ _ _

Union poisťovňa, a.s.,
Karadžičova 10
813 60 Bratislava

VEC: <u>Žiadosť o predčasné ukončenie poistenia z dôvodu vzniku verejného zdravotného poistenia a vrátenie nespotrebovaného poistného</u>

Poistník
Priezvisko a meno, titul / Názov: .....

Rodné číslo/ IČO: .....

Miesto pobytu v SR / Sídlo: ..... PSČ: .....

Ulica a číslo: ..... č. tel.: .....

Poistené osoby: .....

.....

.....

Žiadam o predčasné ukončenie zdravotného poistenia cudzincov z dôvodu vzniku verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky ku dňu doručenia žiadosti poisťovateľovi. Zároveň žiadam o vrátenie nespotrebovaného poistného podľa Čl. 9 ods. 7 VPP ZPC.

Nespotrebovanú časť poistného žiadam vrátiť na bankový účet vedený v .....,

IBAN: . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Beriem na vedomie, že nárok na vrátenie nespotrebovanej časti poistného mám v zmysle platných VPP ZPC len za súčasného splnenia týchto podmienok:

- poistený nemal počas poistnej doby žiadnu poistnú udalosť, čo týmto zároveň čestne prehlasujem,
- poistený vrátil originál preukazu poisteného v Unione,
- poistený predložil preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia na území SR.

V ..... dňa ....
Poistník

Identifikácia poistníka - POVINNÉ VYPLNIŤ:

Meno a Priezvisko.....

č. dokladu totožnosti: | | | | | | | | | | Dátum narodenia | | | | | | | | |

Dátum prijatia žiadosti: .....

Meno zamestnanca Unionu, ktorý žiadosť prijal: .....tel./mail .....

Prílohy: □ fotokópia preukazu poistenca verejného zdravotného poistenia (povinné)
□ preukaz poisteného v Unione (nepovinné)

1+109+01+08+0619