|  |  |
| --- | --- |
| Meno a Priezvisko: |  |
| Adresa (aktuálna): |  |
| Rodné číslo: |  |
| Telefonický kontakt: |  |
| Email: |  |

Union zdravotná poisťovňa a.s.

Karadžičova 10

814 53 Bratislava

V ......................................, dňa ......................

Vec

**Žiadosť samostatne zárobkovo činnej osoby o zníženie preddavkov**

Žiadam Union zdravotnú poisťovňu, a.s., IČO: 36 284 831 o  zníženie preddavkov na poistné v období od ........................... do .......................... .

Preddavok na poistné žiadam stanoviť vo výške ....................... Eur/mesiac.

Zároveň vyhlasujem, že v prípade zníženia preddavkov budem schopný/á zaplatiť prípadné dlžné sumy poistného v ročnom zúčtovaní poistného.

............................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle [www.union.sk](http://www.union.sk) v časti Ochrana osobných údajov.