DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.
Einsteinova 25
851 01 Bratislava

SPÄŤVZATIE

prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne

Poistenec

Meno a priezvisko*	
Číslo identifikačného dokladu* (OP, pas, povolenie na pobyt) (maloleté osoby, ak ho majú vydaný)	
Dátum narodenia*	
Rodné číslo*	
Adresa trvalý pobyt*	
Adresa prechodný pobyt	
Telefón:	**E-mail:**

Osoba oprávnená konať v mene poistenca FO (fyzická osoba) zákonný zástupca

alebo **PO (právnická osoba)** (vypisujte, ak podávate späťvzatie za dieťa do 18 rokov alebo za inú osobu, ktorú zastupujete**)

Názov, právna forma, IČO * (v prípade PO)	
Meno a priezvisko*	
Číslo identifikačného dokladu (OP, pas, pobytový preukaz)*	
Adresa trvalý pobyt*	
Adresa prechodný pobyt	
Telefón:	**E-mail:**

Týmto beriem späť prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne

V ..... **dňa** ....

podpis poistenca /osoby oprávnenej konať v mene poistenca*

Povinnou prílohou späťvzatia je identifikačný doklad

* povinné údaje

** v prípade podania späťvzatia za inú osobu, ktorú zastupujete úradne overená plná moc alebo rozhodnutie príslušného orgánu v tomto prípade tvoria povinnú prílohu k späťvzatiu (podanie späťvzatia za plnoletú osobu, za osobu zverenú do ústavnej starostlivosti súdu na základe súdneho rozhodnutia)