

Výpověď pojistné smlouvy zdravotního pojištění cizinců

Číslo pojistné smlouvy: _____

Jméno a příjmení klienta: _____

Adresa klienta: _____

Vypovídám výše uvedenou pojistnou smlouvu z důvodu:

- neobdržení/neproloužení víza (nutno doložit rozhodnutí příslušného orgánu)
- vyhoštění (nutno doložit rozhodnutí příslušného orgánu)
- účasti na veřejném zdravotním pojištění (nutno doložit účast na veřejném zdravotním pojištění po celou zbývající dobu trvání pojistné smlouvy)
- změna tarifu – číslo náhradní smlouvy: _____
- bez udání důvodu (možné pouze do dvou měsíců od **sjednání pojištění**)

Společně s výpovědí musí být pojistiteli vráceny všechny následující doklady:

- originál pojistné smlouvy, kartička pojištěné osoby, inkasní blok

Případný přeplatek na pojistném žádám vrátit na:

- šekem na adresu _____
- převodem na číslo účtu _____

V _____ dne _____

Podpis klienta

Poznámka k výpovědi: _____

