

**Žádost o zrušení smlouvy zdravotního pojištění cizinců**  
**Application form for insurance contract cancellation**  
**Заявление об аннулировании договора страхования**



MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR •  
tel.: +420 273 190 400 • fax: +420 273 190 412 • email: info@maxima-as.cz • www: www.maximapojistovna.cz

Pojistník (jméno a příjmení) / Policy-holder (name, surname) / Держатель полиса (имя, фамилия)

Datum narození / Date of birth / Дата рождения

Č. dokladu totožnosti / Passport No / № паспорта

Adresa pobytu v ČR / Address in Czech Republic / Адрес в Чешской республике

Tel. číslo / Tel. No / номер тел

E-mail

**Žádám o storno pojistné smlouvy č / Hereby I request to cancel the insurance policy No. /  
Настоящим заявлением я прошу аннулировать договор страхования №**

z důvodu / due to / по причине

ukončení pobytu pojištěného v ČR / neudělení povolení k pobytu v ČR

přechod do veřejného zdrav. systému / transition to Public Health Insurance / перехода в систему общегражданского медицинского страхования (VZP)

náhrada pojištění novou smlouvou zdravotního pojištění č. / replacement of the contract with  
a new insurance contract No. / замены существующего договора страхования новым  
договором медицинского страхования №

jiný důvod / other reason / по другой причине

Případný přeplatek pojistného / I also request to send a possible overpayment of the premiums / Прошу вернуть возможный остаток неиспользованных премий

zaslat na číslo bank. účtu / to the bank account No / на счет в банке №

zaslat na adresu / to address / на адрес

převést na pojistnou smlouvu č. / to transfer the excess money to the insurance contract No /  
Перевести неиспользованные премии на договор №

**Prohlašuji, že za výše uvedenou pojistnou smlouvu nebudu požadovat pojistné plnění a vracím pojistnou smlouvu, včetně potvrzení o pojištění.**

**I proclaim that I will not claim insurance cover for the above mentioned contract and I return it back together with confirmation of insurance payment.**

**Я заявляю, что не буду требовать выплат страхового возмещения по вышеуказанному аннулируемому договору, а также, что я возвращаю данный договор вместе с подтверждением об оплате страховых премий.**

V / In / B

Dne / date / дата

Podpis pojistníka / Signature / Подпись

V / In / B

Dne / date / дата

Podpis a razítko pojišťovacího agenta / Signature and stamp  
of agent / Подпись и штамп ро кер