

OZNÁMENÍ O ZMĚNĚ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Jméno

Datum narození

Bydliště

Oznamuji, že s účinností ke dni přestávám být pojištěncem této zdravotní pojišťovny (kód a plný název):

Dále oznamuji, že s účinností ode dne jsem pojištěncem této zdravotní pojišťovny (kód a plný název):

Tuto změnu dokládám:

a) fotokopii průkazu pojištěnce nové zdravotní pojišťovny ANO / NE

b) fotokopii registrační karty nové zdravotní pojišťovny ANO / NE

.....

Datum a podpis zaměstnance