

Žádost o změnu na pojistné smlouvě zdravotního pojištění cizinců
Application form for changes to the policy
Заявление о внесении изменений в договор страхования



Číslo pojistné smlouvy / The insurance policy No. / Номер страхового договора:

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

Druh změny na pojistné smlouvě / Type of change to the policy / Тип изменения

Změna adresy / change of address / Изменение адреса

pojistníka /
policyholder /
держателя полиса

pojištěného /
insured person /
застрахованного

Ulice, č.p. / Street, house number / Улица № дома

Obec / City / Город

PSČ / ZIP code / Индекс

Změna jména, příjmení / change of first name, surname / Изменение имени

pojistníka /
policyholder /
держателя полиса

pojištěného /
insured person /
застрахованного

Příjmení a jméno / Surname, first name / Имя, Фамилия

Změna pojistného období / change of insurance period / Изменение периода страхования

Ostatní změny a doplňující informace / other changes and further information / другие изменения и дополнительные сведения

V / In / В

Dne / date / дата

Podpis pojistníka /
Signature /
Подпись

Podpis zástupce pojistitele /
Signature representative of the insurer /
Подпись представитель страховщика

Sjednatelské číslo /
Number of agent /
Номер агента