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

MAXIMA POJIŠŤOVNA

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 / *hange 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*