



Čestné prohlášení o ukončení platnosti komerčního pojištění

(dítěte narozeného na území ČR matce s povoleným dlouhodobým pobytem
na území ČR nebo nezletilé osoby s povoleným dlouhodobým pobytem na území ČR)

Jméno a příjmení zákonného zástupce, (opatrovníka nebo poručníka):

.....

Datum narození zákonného zástupce, (opatrovníka nebo poručníka):

.....

Adresa v ČR (opatrovníka nebo poručníka):

.....

Telefon, e-mail (opatrovníka nebo poručníka):

.....

Prohlašuji tímto, že níže uvedené dítě/i či nezletilá/é osoba/y **nemá** k datu vstupu
do veřejného zdravotního pojištění platné komerční pojištění:

Jméno a příjmení:

číslo pojištěnce*(datum narození):.....

Jméno a příjmení:

číslo pojištěnce*(datum narození):.....

Jméno a příjmení:

číslo pojištěnce*(datum narození):.....

Tyto skutečnosti jsou platné od:

Dne:

.....
podpis zákonného zástupce
(opatrovníka nebo poručníka)