**Žádost o storno změny zdravotní pojišťovny**

Jméno a příjmení pojištěnce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo pojištence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa (korespondenční): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Původní zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nová zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Změna zdravotní pojišťovny měla nastat k datu¹: 󠇔 󠇔01.01. 󠇔 01.07.

*Tímto žádám o storno výše uvedené změny zdravotní pojišťovny z důvodu (možno zaškrtnout více důvodů):*

❑ změna zdravotní pojišťovny **byla provedena bez vědomí pojištěnce** (či jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo poručníka),

❑ změna zdravotní pojišťovny **nebyla provedena osobou oprávněnou k jejímu provedení** (tzn. pojištěncem samotným, jeho zákonným zástupcem, opatrovníkem, poručníkem nebo zplnomocněnou osobou),

 ❑ zjištění, že **poskytovatel zdravotních služeb**, u kterého je pojištenec ve zdravotní péči má uzavřenou smlouvu pouze s původní zdravotní pojišťovnou,

název poskytovatele zdravotních služeb:
 jeho adresa:

 ❑ **porušení pravidel** změny zdravotní pojišťovny uvedených v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů nebo v *zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, nebo zákoně č. 55 1/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.*

 (*v případě zaškrtnutí výše uvedeného důvodu**vysvětlete podrobně důvod žádosti o storno změny zdravotní pojišťovny*)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Počet příloh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum a místo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis pojištěnce²: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¹ zaškrtněte

² podpis pojištěnce, zákonného zástupce, opatrovníka nebo poručníka