Souhlas s převedením limitu pro pojištěnce nad 18 let

VYPLNÍ ŽADATEL

Příjmení	Jméno	Číslo pojištěnce

Kontaktní adresa ulice	Číslo popisné	Obec	PSČ

Souhlas s převodem limitu	1000 Kč (nízkobílkovinná dieta) *)**

POTVRZENÍ SOUHLASU S PŘEVEDENÍM LIMITU

Potvrzuji svůj souhlas s převedením svého limitu nebo jeho části na výše jmenovaného pojištěnce, současně beru na vědomí, že tímto souhlasem se mi krátí můj limit o níže uvedenou výši

Jméno a příjmení	Číslo pojištěnce	Převáděná výše limitu	

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Potvrzuji pravdivost výše uvedených údajů. Jsem si vědom právních důsledků nepravdivosti tohoto prohlášení, zejména vzniku povinnosti k náhradě způsobené škody.

Jméno a příjmení	Datum narození	Podpis

POZNÁMKA

RBP, zdravotní pojišťovna nabízí v roce 2019 svým pojištěncům možnost navýšení základního finančního příspěvku sloučením limitů od rodičů a přátel celkem do výše 10.000 Kč při splnění následujících podmínek:
- limit do výše 1.000 Kč může být převeden max. od 9 dárců
- v době podání žádosti jsou žadatel i dárci pojištěni u RBP
- v době podání a řešení žádosti o úhradu nepodepsali žadatel ani dárci žádost o změnu pojišťovny rovněž dárci nepodepsali takovou žádost
- v době podání žádosti RBP neeviduje pohledávku na pojistném ani u žadatele ani u dárce

Při podání poštou je nutno doložit i "Žádost o úhradu příspěvku preventivní péče"