

**Potvrzení pro poskytnutí příspěvku na celiakii**

Vyplní žadatel	
Příjmení a jméno pojištěnce	
Číslo pojištěnce (rodné číslo)	
Kontaktní adresa	
Potvrzení praktického lékaře nebo gastroenterologa	
Potvrzuji, že uvedený pojištěnec vykazuje diagnózu celiakie.	
Datum vystavení	Podpis a razítko:
Potvrzení kontaktního místa	
Potvrzuji, že uvedený pojištěnec má v registru evidovanou diagnózu celiakie.	
Datum vystavení	Podpis a razítko:

**Poznámka:**

RBP, zdravotní pojišťovna přispívá v roce 2024 svým pojištěncům na celiakii do výše 1.000 Kč příspěvku sloučením limitů od rodičů a přátel celkem do výše 10.000 Kč při splnění následujících podmínek:

- pojištěnec je léčen na celiakii,
- pojištěnec doložil potvrzení praktického lékaře nebo gastroenterologa o příslušné diagnóze u nových pojištěnců (čerpali-li pojištěnec příspěvek již v letech 2013 - 2023 nemusí "Potvrzení ..." předkládat),
- v době žádosti o úhradu nemá pojištěnec podepsanou žádost o změnu pojišťovny,
- v době podání žádosti RBP neeviduje pohledávku na pojistném.

RBP, zdravotní pojišťovna nabízí v roce 2024 svým pojištěncům - celiakům, 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,
- žadatel musí doložit písemný souhlas dárců na tiskopisu "Souhlas s převedením limitu".

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