

Souhlas s převedením limitu pro děti a mládež do 18 let

**očkování, celiakie, nízkobílkovinná dieta a případné
speciální bonusy**

Vyplní zákonný zástupce

Příjmení a jméno pojištěnce (dítěte)	
Číslo pojištěnce (rodné číslo dítěte)	
Kontaktní adresa	

Souhlas s převedením limitu 1.000 Kč na (nehodící se škrtněte)

nízkobílkovinná dieta	očkování	celiakie	-----
-----------------------	----------	----------	-------

Potvrzení souhlasu s převedením limitu - dárci

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 (dárci)	Číslo pojištěnce (rodné číslo)	Převáděná výše limitu	Podpis

Prohlášení zákonného zástupce

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

Jméno a příjmení	Podpis

Poznámka:

RBP, zdravotní pojišťovna nabízí v roce 2024 svým pojištěncům - dětem a mládeži do 18 let, možnost navýšení základního finančního příspěvku sloučením limitu od rodičů a přátel až do výše 10.000 Kč při splnění podmínek:

- limit do výše 1.000 Kč může být převeden max. od 9 dárců,
- v době podání žádosti jsou dítě i dárci pojištěni u RBP,
- v době podání a řešení žádosti o úhradu nepodepsali rodiče žádost o změnu pojišťovny dítěte a rovněž dárci nepodepsali takovou žádost.