

## Souhlas s převedením limitu pro kategorie nad 18 let

**celiakie, nízkobílkovinná dieta, očkování  
u klientů 60+**

### Vyplní žadatel (příjemce daru)

<b>Příjmení a jméno (příjemce daru)</b>	
<b>Číslo pojištěnce (rodné číslo)</b>	
<b>Kontaktní adresa</b>	

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

celiakie	nízkobílkovinná dieta	očkování u 60+
----------	-----------------------	----------------

### 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 žadatele

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

<b>Jméno a příjmení</b>	<b>Podpis</b>

#### Poznámka:

RBP, zdravotní pojišťovna nabízí v roce 2023 svým pojištěncům možnost navýšení základního finančního příspěvku sloučením limitu od rodiny 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 žadatel i dárci pojištěni u RBP,
- v době podání a řešení žádosti o úhradu nepodepsali žadatel ani dárci žádost o změnu pojišťovny.