

VYPLNÍ ŽADATEL

Číslo pojištěnce

Příjmení

Jméno

Ulice

Číslo popisné

Obec

PSČ

Vyřizuje

Žádám RBP, zdravotní pojišťovnu, aby mi v případě vzniku nároku na výplatu jakékoliv finanční částky **) poukázala tuto úhradu bezhotovostně na níže uvedený bankovní účet:

INFORMACE O ÚČTU

Název Banky

Předčíslení účtu

Číslo účtu

Kód banky

Telefonní číslo

Email

K INFORMACI

Vlastnoručním podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o povinnosti hlásit RBP každou změnu výše uvedených údajů a beru na vědomí, že porušení tohoto závazku půjde k mé tíži, což mi může způsobit finanční újmu.

V případě osobní návštěvy kontaktního místa je z kontrolních důvodů nutno předložit originální doklad obsahující číslo účtu.

V případě zaslání tiskopisu poštou je z kontrolních důvodů nutno zaslat fotokopii dokladu obsahujícího číslo účtu.

Podpis pojištěnce nebo zákonného zástupce

Datum