

VYPLNÍ ŽADATEL

Číslo pojištění

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

Předčíslí 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 беру на vědomí, že porušení tohoto závazku půjde k mé tíži, což mi může způsobit finanční újmu.

V případě zaslání tiskopisu poštou nebo prostřednictvím jiné osoby je nutné předložit tiskopis vlastnoručně podepsaný pojištěncem nebo jeho zákonným zástupcem (zplnomocněnou osobou).

Podpis pojištěnce nebo zákonného zástupce

Datum

**) doplatky pojištěncům nad limit, úhrada cestovních nákladů, příspěvky na preventivní a bonusový program, přeplatky za OBZP (netýká se přeplatek OSVČ na jejich podnikatelský účet)