

VYPLNÍ LÉKAŘ

Číslo pojištěnce*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno a příjmení*:

Obsah konzultace:

- Ověření statusu kuřáctví
- Vysvětlení zdravotního významu odvykání kouření
- Krátká intervence k odvykání kouření – doporučení postupu
- Doporučení vhodné farmakoterapie a dalších možností podpory (poradenství, národní linka, aplikace)

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec je (nebo v uplynulém čtvrtletí byl) pravidelným kuřákem, absolvoval výše uvedenou konzultaci, projevil zájem přestat kouřit a zahájil kroky k odvykání.

Datum vystavení dokladu*:

Potvrzení vystavil

(podpis a razítko lékaře)*:

* Položky označené hvězdičkou je nutné vyplnit.

UPOZORNĚNÍ

Na proplacení bonusového příspěvku pojištěnci nevzniká vyplněním tohoto potvrzení právní nárok. Pojišťovna si vyhrazuje právo na kontrolu všech výše uvedených údajů. V případě, že údaje nebudou souhlasit se skutečností, nebude pojištěnci příspěvek proplacen a může mu být rovněž pozastavena možnost čerpání příspěvku v následujícím kalendářním roce. Čerpání příspěvku je rovněž vázáno na další podmínky konkrétního příspěvku a obecné zásady proplacení. Více informací na www.rbp213.cz nebo na 840 213 213.

PŘESTÁVÁM KOUŘIT, RADĚJI SPORTUJI

