

Souhlas s převedením limitu

na implantát: kategorie 60+

Vyplní žadatel

Příjmení a jméno (příjemce daru)	
Číslo pojištěnce (rodné číslo)	
Kontaktní adresa	

Potvrzení souhlasu s převedením limitu - dárci

Potvrzuji svůj souhlas s převedením svého limitu nebo jeho části na výše jmenovaného pojištěnce, současně беру na vědomí, že tímto souhlasem se mi sníží 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.

Jméno a příjmení	Podpis

Poznámka:

RBP, zdravotní pojišťovna nabízí v roce 2024 svým pojištěncům možnost navýšení základního finančního příspěvku sloučením limitu od rodiny a přátel až do výše 5.000 Kč (pojištěnec + max. 4 osoby) při splnění podmínek:

- limit do výše 4.000 Kč může být převeden max. od 4 dárců,
- v době podání žádosti jsou příjemci daru i dárci pojištěni u RBP,
- v době podání a řešení žádosti o úhradu nepodepsali příjemci daru i dárci žádost o změnu pojišťovny.