

Souhlas s převedením limitu pro kategorie nad 18 let

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

Vyplní žadatel (příjemce daru)

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

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.

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 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.