Zdraví 90

POTVRZENÍ O SPLNĚNÍ DÍLČÍCH KRITÉRIÍ PRO ČERPÁNÍ PŘÍSPĚVKU

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
Michálkovická 108, 710 15 Slezská Ostrava

Telefon: 596 256 111
Fax: 596 256 205

E-mail: rbp@rbp-zp.cz
www.rbp-zp.cz

VYPLNÍ LÉKAŘ

Číslo pojištěnce:

Jméno a příjmení:

BMI BMI = hmotnost v kg/ (výška v m)²	Cigarety, tabák	Alkohol, jiné omamné látky	Datum poslední preventivní prohlídky u praktického lékaře
18—26	Nekuřák	Bez závislosti	

Na základě anamnézy potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec má BMI v rozmezí 18—26, je nekuřák, není závislý na alkoholu a jiných omamných látkách a preventivní prohlídka mu byla provedena ve výše uvedeném datu.

Potvrzení vystavil (podpis a razítko lékaře):

Datum:

VYPLNÍ POJIŠTĚNEC

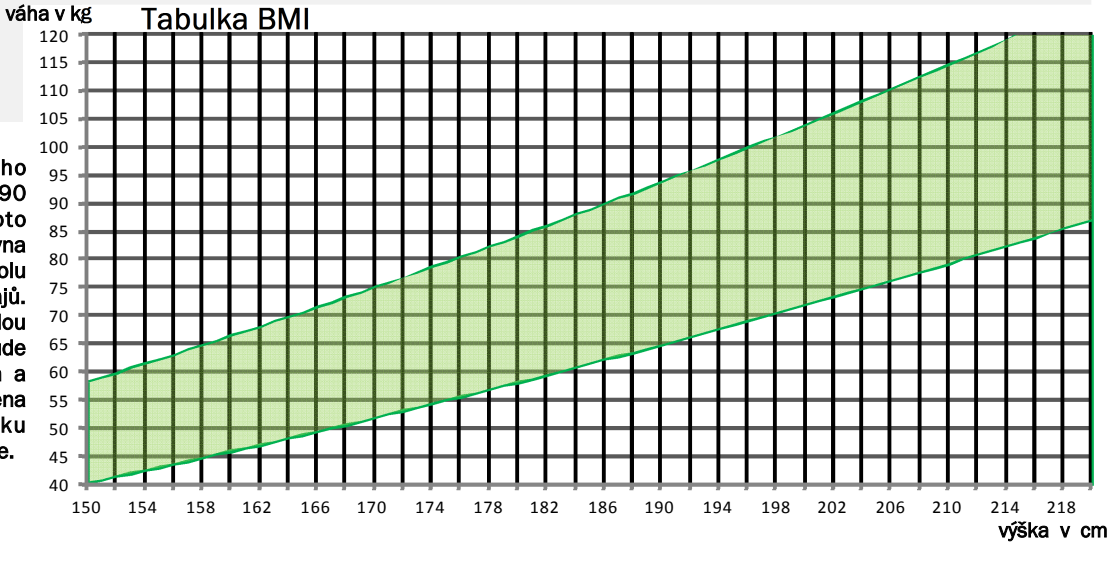
Typ vyšetření	Datum posledního vyšetření	
	Měsíc	Rok
Stomatologické preventivní vyšetření		
Gynekologické preventivní vyšetření (ženy)		

Prohlašuji, že všechny výše uvedené údaje jsou pravdivé.

Svým podpisem také stvrzuji, že souhlasím se zpracováním a využitím uvedených údajů Revírní bratrskou pokladnou, zdravotní pojišťovnou v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Souhlas vyjadřuji s využitím údajů k administraci preventivních programů a dalších služeb klientům a pro statistické účely, a to do odvolání.

Datum: ..... **Podpis pojištěnce:**.....

E-mail:

Mobil:

UPOZORNĚNÍ
Na proplacení bonusového příspěvku pojištěnci v P90 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.