

Souhlas s převedením limitu

Diabetici: všechny kategorie

Vyplní žadatel (u nezletilého zákonný zástupce)

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 (u nezletilého zákonný zástupce)

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 2.000 Kč při splnění podmínek:

- limit do výše 2.000 Kč může být převeden max. od 2 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.