

ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Číslo pojištění	Příjmení	Jméno
Ulice	Obec	Číslo popisné PSČ
Telefon	Email	

VYBRAT PŘÍSPĚVKY

Skupina	
Příspěvek	Částka
Příspěvek	Částka
Příspěvek	Částka

Přiložené doklady:

ÚHRADU POUKÁZAT NA ÚČET

Číslo účtu

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE, OPRÁVNĚNÁ OSOBA, OPATROVNÍK

Číslo pojištění	Příjmení	Jméno
-----------------	----------	-------

PODPIS OPRÁVNĚNÉ OSOBY

Prohlašuji, že všechny uvedené skutečnosti jsou úplné a správné, a že jsem oprávněná k podání a podpisu předkládané žádosti.

Zastupující osoba, která není pojištěncem RBP, zdravotní pojišťovny souhlasí se zpracováváním svých osobních údajů poskytnutých na tomto formuláři po dobu 10 let, a to za účelem zajištění služeb spojených s úhradou příspěvku Preventivního a bonusového programu, a potvrzuje, že se seznámila s informacemi o ochraně osobních údajů uvedenými na stránce www.rbp.cz.

RBP upozorňuje, že příspěvek může čerpat pouze pojištěnec, který splňuje podmínky pro jeho poskytnutí. Jakékoliv neoprávněné použití dokladů nebo poskytnutí materiálů jiné osobě je v rozporu s podmínkami čerpání a může zakládat právní odpovědnost.

Podpis _____

Datum

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC POJIŠŤOVNY

Podpis zaměstnance _____

Datum