



REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

Žádost o úhradu příspěvku z balíčku preventivní péče

Vyplní žadatel			
Příjmení a jméno pojištěnce			
Číslo pojištěnce (rodné číslo)			
Kontaktní adresa			
Telefonní číslo		e-mail	
Druh aktivity z balíčku			
Předložený originál účetního dokladu	doklad o očkování*	ze dne	
	potvr.o účasti ve školce v přír.	ze dne	
	potvr.o účasti ve škole v přír.	ze dne	
	potvr.o účasti v kurzu, cvičení	ze dne	
	potvr.o celiakii*	ze dne	
	potvr.o diabetu*	ze dne	
	doklad o zakoupení*	ze dne	
jiného dokladu		ze dne	
Přiložena fotokopie	očkovací průkaz*	ze dne	
	průkaz dárce krve*	ze dne	
	těhotenský průkaz*	ze dne	
	registrační karta sportovce*	ze dne	
jiného dokladu		ze dne	
Nárokovaná výše příspěvku			
Úhradu poukázat na účet číslo		kód banky	
U nezletilých			
Příjmení a jméno zákonného zástupce			
Číslo pojištěnce (r.č.)zákonn.zástupce			
Prohlašuji, že všechny uvedené skutečnosti jsou úplné a správné.			
datum žádosti		podpis	
Vyplní zaměstnanec pojišťovny			
V zaslaných dokladech chybí/Způsob dořešení			
podpis		datum	
U spomých dokladů stanovisko revizního lékaře nebo pověřeného pracovníka			
podpis		datum	

* vyberte podle druhu nadstandardu

Vyplněný tiskopis zašlete na adresu nejbližšího kontaktního místa.

Adresy kontaktních míst naleznete na www.rbp-zp.cz.

K této žádosti je bezpodmínečně nutno doložit kopii výpisu z běžného účtu