

Ž I A D O S Ť

o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte Európskej únie, na Islande, v Lichtenštajnsku, v Nórsku a vo Švajčiarsku (ďalej len „iný členský štát“) zaplatených priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu

1. VYPLŇA POISTENEC

- a) potrebná zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte
- b) zdravotná starostlivosť so súhlasom zdravotnej poisťovne (do jedného roka od skončenia poskytovania plánovanej zdravotnej starostlivosti)
- c) zdravotná starostlivosť v súvislosti s pracovným úrazom alebo s chorobou z povolania

Krížikom sa vyznačí jedna z možností.

1.2 meno a priezvisko

1.3 dátum narodenia

1.4 rodné číslo poistenca, ak je pridelené/identifikačné číslo poistenca

1.5 adresa trvalého pobytu

.....
ulica, číslo mesto/obec PSČ telefónne číslo e-mailová adresa

1.6 Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu

.....
ulica, číslo mesto/obec PSČ telefónne číslo e-mailová adresa

1.7 a) ambulatná zdravotná starostlivosť štát dňa

b) ústavná zdravotná starostlivosť: štát..... od do

1.8 Popis ochorenia (príznakov):

.....
.....
.....

1.9 Priložené doklady:

- a) záznam o ošetrení, správa o poskytnutej zdravotnej starostlivosti ks
- b) originál dokladu s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov (faktúra, vyúčtovanie výkonov) ks
- c) záznam o prevoze (s počtom najjazdených km v štáte EÚ) ks
- d) fotokópia lekárskeho predpisu (receptu) vystaveného v inom členskom štáte a vydaného v inom členskom štáte ks
- e) fotokópia lekárskeho poukazu na zdravotnícku pomôcku (poukaz na ZP) vystaveného v inom členskom štáte a vydaného v inom členskom štáte ks

f) originál dokladu o zaplatení (doklad z registračnej pokladne, príjmový pokladničný doklad alebo doklad, v ktorého texte je potvrdené prijatie sumy, ak ide o hotovostnú platbu, alebo originál ústrižku o zaplatení poštovej poukážky, kópia výpisu z účtu, originál debetného avíza z banky alebo pobočky zahraničnej banky, alebo originál potvrdenia o odpísaní finančnej sumy z bankového účtu, ak ide o bezhotovostnú platbu) ks
..... celková suma a mena

1.10 Preukaz/formulár potvrdzujúci nárok na zdravotnú starostlivosť:

a) som nemal vydaný b) som nepredložil c) nebol akceptovaný

1.11 Súhlasím s preplatením:

a) vo výške nákladov ako v Slovenskej republike
 b) vo výške, ako hradí inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom v členskom štáte

1.12 Finančnú sumu žiadam zaslať:

a) poštou na adresu trvalého pobytu alebo na nasledujúcu adresu v Slovenskej republike:
ulica, číslo mesto/obec PSČ
na meno osoby narodenej dňa

b) na bankový účet číslo alebo účet na meno (ak je bankový účet v cudzine)
mena účtu kód banky
adresa majiteľa účtu (ak je bankový účet v cudzine)
IBAN BIC (SWIFT)
názov a sídlo banky
(za pripísanú sumu na bankový účet v cudzine znáša bankové poplatky majiteľ účtu)

V dňa
.....
meno, priezvisko a podpis poistenca (zákonného zástupcu)