

ŽIADOSŤ

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) ambulantná zdravotná starostlivosť: štát dňa

b) ústavná zdravotná starostlivosť: štát od do

1.8. Popis ochorenia (príznakov):

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

1.9. Priložené doklady:

- a) záznam o ošetrovaní, správa o poskytnutej zdravotnej starostlivosti ks
- b) originál dokladu s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov (faktúra, vyúčtovanie výkonov) ks
- c) záznam o prevoze (s počtom najazdených 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, elektronické potvrdenie o platbe uskutočnenej cez internet banking, resp. scan alebo potvrdenie o úhrade prostredníctvom internet banking) 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 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

PSC

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)

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov.