

## 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) ambulantná 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 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) ..... 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)