



Žádost pojištěnce o úhradu nákladů za zdravotní službu

vzniklých v cizině v souvislosti s účinností Nařízení 883/04

Údaje o pojištěné osobě

Jméno a příjmení..... číslo pojištěnce
adresa.....
telefon.....

Údaje o zákonném zástupci (nezletilé a jiné osoby zastoupené zákonným zástupcem)

Jméno a příjmení..... číslo pojištěnce
adresa.....
telefon.....

Údaje o pojistné události

Datum vzniku pojistné události.....
Místo vzniku pojistné události.....
Příčiny vzniku pojistné události.....
.....

Poskytovatel zdravotních služeb, který ošetření poskytl (název, adresa, kontakt).....
.....
.....

Za zdravotní službu jsem uhradil(a).....

Jako důkaz přikládám originál (počet účtů, lékařské zprávy)
.....

Na základě vyplněných údajů a předložených originálních dokladů žádám o úhradu (refundaci) vynaložených nákladů za zdravotní služby vzniklé v cizině

(Zvolený způsob je potvrzen datem a podpisem pojištěného nebo jeho zákonného zástupce)

1. Souhlasím s úhradou nákladů do výše stanovené pro úhradu takové služby na území České republiky.

.....
Datum podpis pojištěného nebo zákonného zástupce

2. Požaduji úhradu nákladů dle sazeb platných v členské zemi, ve které byla zdravotní služba poskytnuta.

.....
Datum podpis pojištěného nebo zákonného zástupce

Forma úhrady (označte jednu z možností)

poukažte na účet číslo:

zašlete poštou na adresu:

.....

Vyplňuje revizní lékař ZPŠ nebo specialista pro EU

Výše úhrady (refundace) nákladů dle potvrzeného způsobu:

1. Do výše stanovené pro úhradu zdravotní služby na území České republiky

| kódy výkonů/léků | počet | cena | celkem |
|------------------|-------|------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| CELKEM | | | |

Celková výše úhrady:

Datum.....podpis revizního lékaře.....

2. Dle sazeb platných v členské zemi vzniku pojistné události - bod 9 formuláře E126 (S068) potvrzeného cizí pojišťovnou, viz příloha

Celková výše úhrady:

Datum.....podpis specialisty pro EU.....