



Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
Dúbravská cesta 14
841 04 Bratislava-Karlova Ves

Vec:

Žiadosť o preplatenie nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte Európskej únie zaplatených priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu Európskej únie

1. Vypĺňa poistenec

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:

Tel. číslo: E-mail:

1.6. Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu:

Tel. číslo: E-mail:

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) fotokópia lekárskeho predpisu (receptu) vystaveného v inom členskom štáte Európskej únie a vydaného v inom členskom štáte Európskej únie	ks
d) fotokópia lekárskeho poukazu na zdravotnícku pomôcku (poukaz na ZP) vystaveného iným členskom štátom Európskej únie a vydaného v inom členskom štáte Európskej únie	ks
e) 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. 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)

Žiadosť a doklady prevzal:

Dňa _____

Meno a priezvisko _____

Počet príloh _____ Podpis _____ Pečiatka _____