VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
Panónska cesta 2
851 04 Bratislava

Výpočet predpokladaných nákladov plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie, na Islande, v Lichtenštajnsku, v Nórsku a vo Švajčiarsku (ďalej len „iný členský štát“) a potvrdenie o možnom prijatí poistenca

Poistenec:

Titul, meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____

podal žiadosť o udelenie súhlasu podľa § 9f ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) v zdravotnej poisťovni Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. s úhradou plánovanej zdravotnej starostlivosti (druh vyšetrenia alebo spôsob liečby)

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

u verejného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte (názov, adresa, IČO, kontakt):

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

Z uvedeného dôvodu prosím o rozpis predpokladaných nákladov za uvedenú zdravotnú starostlivosť

Rozpis predpokladaných nákladov podľa položiek:	**Hradené príslušnou inštitúciou***	**Nehradené príslušnou inštitúciou***
1. náklady za pobyt (sadzba za deň x počet dní)		
2. náklady za výkon/operáciu		
3. iné náklady (uviesť aké)		
4. predpokladané náklady spolu		
5. príplatky, ktoré hradí poistenec		

Predpokladané náklady spolu: _____

* Inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Zmluvné zdravotné poisťovne sú (názov a adresa):

.....

.....

.....

Potvrdzujeme, že naše pracovisko môže prijať vyššie uvedeného poistenca

☐ áno ☐ nie

Naše pracovisko akceptuje na plánovanú zdravotnú starostlivosť prenosný dokument S2 alebo prenosný dokument DA1 (podľa čl. 20 ods. 2 a podľa čl. 36 ods. 2 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 5; Ú. v. EÚ L 200, 7. 6. 2004) v platnom znení).

☐ áno ☐ nie

Dátum: ....

Meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky
verejného poskytovateľa z iného členského štátu