VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

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

Vec:

Žiadosť o udelenie súhlasu na konkrétne lekárske ošetrenie v štáte posledného výkonu práce pre dôchodcu, BCP a jeho NRP* (Nariadenia EÚ 883/04 a 987/09))**

Vyplní poistenec

Meno a priezvisko poistenca: Dátum narodenia:

Predchádzajúce priezvisko:

Rodné číslo poistenca: /

Číslo telefónu: E-mail:

Súčasná adresa:

Základná diagnóza, pre ktorú je žiadosť vystavená:

Členský štát posledného výkonu práce:

Osobné identifikačné číslo v členskom štáte posledného výkonu práce:

Status žiadateľa:

☐ BCP ☐ NRP

Skutočnosti vo vzťahu k výkonu zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti v členskom štáte Európskej únie, Európskeho hospodárskeho priestoru a Švajčiarskej konfederácie (ďalej len „iný členský štát EÚ“)

Z posledného zamestnania, ktoré som vykonával na území iného členského štátu EÚ som sa spravidla denne alebo najmenej raz týždenne vracal do miesta bydliska

☐ Áno ☐ Nie

Vysvetlivky:

*) bývalý cezhraničný pracovník a jeho nezaopatrení rodinní príslušníci
**) Nariadenie EP a Rady (ES) 883/2004, čl. 28, nariadenie EP a Rady (ES) 987/2009, čl. 29

V prípade, ak som sa nevracal do miesta bydliska denne alebo najmenej raz týždenne, uvádzam údaje o svojom bydlisku v inom členskom štáte:

.....

.....

Povinná príloha:
kópia výpisu zo zdravotnej dokumentácie lekárskeho ošetrenia v štáte posledného výkonu práce a súčasného ochorenia

Vyhlásenie žiadateľa:
(1) Potvrdzujem svojím podpisom úplnosť a pravdivosť údajov
(2) Som si vedomý právnych následkov vyplývajúcich z nesprávne uvedených údajov

Dátum: _____

_____
podpis poistenca
(zákonného zástupcu)