



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

Vec:

Žiadosť o preplatenie nákladov za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v cudzine mimo EÚ

1. Vyplní poistenec:

- ☐ zdravotná starostlivosť v cudzine mimo EÚ
☐ plánovaná zdravotná starostlivosť v cudzine mimo EÚ so súhlasom zdravotnej poisťovne

Meno a priezvisko:

Rodné číslo poistenca: /

Adresa trvalého pobytu:

Tel. číslo: E-mail:

Ambulantná zdravotná starostlivosť v štáte: dňa:

Ústavná zdravotná starostlivosť v štáte: od: do:

Popis ochorenia (príznakov):

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

Priložené doklady + ich úradný preklad do slovenského jazyka:

Záznam z ošetrenia, lekárska správa z hospitalizácie	ks
Originál dokladu s rozpisom poskytnutých výkonov (faktúra, vyúčtovanie výkonov)	ks
Záznam o prevoze (s počtom najazdených km v štáte)	ks
Lekársky predpis (recept)	ks
Lekársky poukaz na zdravotnícku pomôcku (poukaz na ZP)	ks
Potvrdenie o schválení úhrady za zdrav. starostlivosť v cudzine mimo EÚ	ks
Originál dokladu o zaplatení	ks
Celková suma a mena	



Finančnú čiastku žiadam zaslať:

- ☐ poštou na adresu trvalého pobytu alebo na nasledujúcu adresu v SR:

Ulica, číslo: Mesto/obec: PSČ:

Na meno osoby: Narodenej dňa:

- ☐ na bankový účet číslo:

Mena účtu: Kód banky:

Názov a sídlo banky:

Účet na meno (ak na bank. účet v inom štáte):

Adresa majiteľa účtu (ak na bank. účet v inom štáte):

IBAN:

BIC (SWIFT):

(za pripísanú čiastku na bankový účet v inom štáte ako v SR znáša bankové poplatky, ktoré sú vyššie ako v SR - majiteľ účtu)

V _____ dňa _____
podpis poistenca (zákonného zástupcu)

Žiadosť o refundáciu nákladov za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v cudzine mimo EÚ:

Žiadosť a doklady prevzal:

Dňa _____

Meno a priezvisko _____

Počet príloh _____

Podpis

Pečiatka