

**ŽÁDOST POJIŠTĚNCE O NÁHRADU NÁKLADŮ VYNALOŽENÝCH NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY
POSKYTNUTÉ V ZAHRANIČÍ**

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI:

Jméno a příjmení: _____

Rodné příjmení: _____

Datum narození: _____ Číslo pojištěnce: _____

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): _____

Žádám, aby mi byly nahrazeny náklady, které jsem vynaložil(a) na níže uvedené zdravotní služby poskytnuté v zahraničí (zaškrtněte jednu z možností):

- Zdravotní služby, které jsem v důsledku onemocnění nebo úrazu vyhledal během přechodného pobytu v(uvedte stát)
- Plánované zdravotní služby, za jejichž poskytnutím jsem cíleně vycestoval do(uvedte stát)

Požaduji, aby výše náhrady byla určena následovně (zaškrtněte prosím jednu z možností):

- Výši náhrady požaduji posoudit přednostně podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č.883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení („Nařízení“) nebo mezinárodní smlouvy a určit dle tarifů státu léčení. V případě, že by podle tarifů státu léčení nenáležela žádná náhrada, žádám, aby byla výše náhrady posouzena a určena v souladu s §14 odst. 2 - 4 a §14a zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Upozornění: Posouzení a určení tarifů státu léčení může trvat delší dobu, někdy i několik měsíců.

- Výši náhrady požaduji posoudit a určit výhradně v souladu s §14 odst. 2 - 4 a §14a zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Upozornění: V případě neschválených plánovaných zdravotních služeb poskytnutých ve státech EU a neodkladné péče poskytnuté mimo státy EU, Norsko, Lichtenštejnsko, Island, Švýcarsko, Černou Horu, Makedonii, Srbsko, Turecko lze určit výši náhrady vždy pouze podle této možnosti. Výše náhrady dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění může být v některých případech nižší než Vámi skutečně vynaložené náklady.

Dále žádám, aby mi byla vypočtená náhrada nákladů převedena následujícím způsobem (zaškrtněte prosím jednu z možností):

- Ověřeným bankovním spojením na číslo mého účtu uvedené v informačním systému zdravotní pojišťovny,
 Poštovní poukázkou.

V _____ dne _____

 podpis¹

K žádosti je nutné přiložit následující dokumenty:

- 1) Originál účetního nebo jiného dokladu, ze kterého vyplývá provedení platby poskytovateli zdravotních služeb
- 2) Lékařskou zprávu, nebo jiný doklad vystavený poskytovatelem, z níž je patrné, jaké zdravotní služby byly poskytnuty

PLNÁ MOC ²

Tímto uděluji ³ _____, datum narození: _____

bytem / se sídlem v _____

plnou moc k podání této žádosti a zastupování mé osoby v řízení o žádosti o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí. Beru na vědomí, že zmocněnec není oprávněn za zmocnitele přijmout náhradu nákladů.

V _____ dne _____

 Podpis pojištěnce

Plnou moc přijímám.

V _____ dne _____

 Podpis zmocněnce

¹ Podpis pojištěnce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem.

² Vyplnit pouze zplnomocňuje-li pojištěnec k podání a řízení o žádosti třetí osobu. Plnou moc lze přiložit též na zvláštním dokumentu.

³ Uveďte údaje fyzické nebo právnické osoby, jíž je plná moc udělena.