

**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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE, POPŘ. ZMOCNĚNEC NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI:**

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 …………………………………………………………(uveďte stát)



Plánované zdravotní služby, za jejichž poskytnutím jsem cíleně vycestoval do ……………………………………………………………(uveďte 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Poštovní poukázkou.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis[[1]](#footnote-1)

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]](#footnote-2)**

Tímto uděluji [[3]](#footnote-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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Vyplnit pouze zplnomocňuje-li pojištěnec k podání a řízení o žádosti třetí osobu. Plnou moc lze přiložit též na

   zvláštním dokumentu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Uveďte údaje fyzické nebo právnické osoby, jíž je plná moc udělena. [↑](#footnote-ref-3)