

**ŽÁDOST POJIŠTĚNCE O UDĚLENÍ SOUHLASU S ÚHRADOU NÁKLADŮ NA VYŽÁDANÉ
ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ZAHRANIČÍ**

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI:

Jméno a příjmení: _____

Rodné příjmení: _____

Datum narození: _____ Číslo pojištěnce: _____

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): _____

Žádám o udělení povolení k úhradě nákladů na zdravotní služby do výše dané předpisy státu léčení.

Pokud se jedná o vycestování za zdravotními službami do státu EU, EHP, či Švýcarska, bude žádost primárně posuzována dle čl. 20 přímo závazného nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a dle čl. 26 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení č. 883/2004. V případě udělení povolení podle nařízení hradí náklady na zdravotní služby výpomocně zahraniční instituce zdravotního pojištění. Pojištěnec nese pouze ty náklady, které by uhradil i pojištěnec místního systému veřejného zdravotního pojištění.

V případech, kdy se žádost týká zdravotních služeb, které nejsou hrazeny v ČR a jejichž poskytnutí je jedinou možností léčby z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, může zdravotní pojišťovna udělit souhlas i v souladu s § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V takovém případě uhradí přímo veškeré náklady zahraničnímu poskytovateli.

Požadovaný druh zdravotních služeb, které mají být poskytnuty v zahraničí:

Období, v němž mají být zdravotní služby v zahraničí poskytnuty:

od _____ do _____

Navrhovaný poskytovatel zdravotních služeb v zahraničí (přesný název a adresa):

Přesný název: _____

Adresa: _____

Stát: _____

Důvod výběru konkrétního zahraničního poskytovatele zdravotních služeb:

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou vyžádaných zdravotních služeb:

V _____ dne _____

podpis¹

K žádosti doporučujeme přiložit následující dokumenty:

- 1) Stanovisko ošetřujícího lékaře nebo lékaře-specialisty v příslušném oboru, obsahující sdělení o základní diagnóze.
- 2) Informace zahraničního poskytovatele o předpokládané ceně zdravotních služeb, které mají být poskytnuty. *(není třeba přikládat v případě žádosti výhradně podle §14b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění)*
- 3) Další relevantní dokumenty.

¹ Podpis pojišťence nebo osoby zplnomocněné pojištěncem.

PLNÁ MOC²

Tímto uděluji³ _____, datum narození: _____

bytem / se sídlem v _____

plnou moc k podání této žádosti a zastupování mé osoby v řízení o žádosti o udělení souhlasu s úhradou nákladů na vyžádané zdravotní služby v zahraničí:

V _____ dne _____

Podpis pojištěnce

Plnou moc přijímám.

V _____ dne _____

Podpis zmocněnce

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

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