 **Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky**

**Sídlem Drahobejlova 1404/4, 190 00 Praha 9**

**zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564**

**ŽÁDOST POJIŠTĚNCE**

**o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí**

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

*Datum narození*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Číslo pojištěnce (rodné číslo):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*E-mail:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datová schránka : ano / ne ID datové schránky: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Jméno a příjmení zákonného zástupce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datová schránka.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*adresa pro doručování: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Žádám, aby mi byly nahrazeny náklady, které jsem vynaložil(a) na níže uvedené zdravotní služby poskytnuté v zahraničí od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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).

 *Stručný popis události (důvod ošetření) ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

V průběhu léčby jsem předložil(a) český Evropský průkaz zdravotního pojištění: ANO/NE

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

**Upozornění:** Pokud se jednalo o cílené vycestování za účelem čerpání zdravotních služeb, bude výše náhrady stanovena výhradně dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištěni – viz. strana 2

* Výši náhrady požaduji posoudit přednostně podle nařízení EP a Rady (ES) č.883/2004 nebo mezistátní smlouvy o sociálním zabezpečení a určit ji 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. Zvolení této možnosti připadá v úvahu pouze pro zdravotní služby poskytnuté ve státech EU, Norsku, Lichtenštejnsku, Islandu, Švýcarsku, Albánii, Srbsku, Černé Hoře, Turecku, Severní Makedonii a Tunisku. |

* 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:** Výše náhrady dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění může být v některých případech výrazně nižší než Vámi skutečně vynaložené náklady. |

Počet předložených dokladů: ……………

Dále žádám, aby mi byla vypočtená náhrada nákladů převedena následujícím způsobem (zaškrtněte prosím jednu z možností): 4

* Na můj vlastní bankovní účet číslo (uveďte):
* Poštovní poukázkou (možno jen v rámci ČR)

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 něhož je patrné, jaké konkrétní 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

Plnou moc přijímám.

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

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.

4 Výplata finančních prostředků může být provedena jen v českých korunách. [↑](#footnote-ref-3)