

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Einsteinova 25  
851 01 Bratislava

V .....dňa .....

**Vec: Žiadosť o refundáciu úhrady ambulantnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ**

Žiadateľ:

(vyplní poistenec/poistenka zdravotnej poisťovne Dôvera, a. s. alebo zákonný zástupca).

Meno		Priezvisko	
Titul		Dátum narodenia a rodné číslo	
Bydlisko – obec, PSČ		Bydlisko – ulica, č.d.	
Telefón		e-mail	
Štát EU, kde bola ambulantná zdravotná starostlivosť poskytnutá			

\*1. členské štáty EÚ:

Belgicko, Bulharsko, Cyprus, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Taliansko, Veľká Británia,

2. štáty EHP: Island, Lichtenštajnsko, Nórsko,

3. Švajčiarsko.

Žiadam o refundáciu úhrady ambulantnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ v zmysle § 10 ods. 14 zákona č. 580/2004 Z. z. v platnom znení, za ktorou som úmyselne vycestoval do výšky jej úhrady na území Slovenskej republiky.

K žiadosti prikladám:

1. originál dokladu (ov) o úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
2. záznam o ošetrení alebo doklad s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov, príp. predpísaných liekov
3. (iné)

.....

Podpis poistenca/zákonného zástupcu

Prílohy: podľa textu