

**Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti spoločnosti DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s. ("DÓVERA")**

Číslo žiadosti (vyplňuje DÓVERA):	
-----------------------------------	--

Podľa § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a podľa § 88 ods. 1 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**žiadam**

o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ("príspevok").

**Časť A.**

**Údaje o poistencovi (vypĺňa poistenec)**

Meno a priezvisko poistenca:		Rodné číslo:	
Telefón:		E-mail:	
Bydlisko:		PSČ:	
Č. bankového účtu:			
IBAN: <small>Medzinárodné číslo bankového účtu</small>			

**Časť B.**

**Údaje o nezmluvnom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti (vypĺňa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)**

Názov poskytovateľa:		IČO:	
Adresa:			
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:			
Číselný kód ambulancie:		Číselný kód lekára:	
Telefón:		E-mail:	
		Fax:	

**Choroba**

Slovom:		Kód podľa MKCH10:	
---------	--	-------------------	--

**Rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti (vyplňa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)**

Kód výkonu, lieku, zdrav. pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednodňovej zdrav. starostlivosti (JZS), u stomatologických výkonov aj s presným uvedením lokality (číslo) zubu	Názov výkonu, lieku, ZP, DP	Počet výkonov, ks alebo balení	Doba poskytnutia ZS od - do	Predpokladané náklady a cena, ktorú má uhradiť pacient (EUR)

\_\_\_\_\_

**Dátum**

\_\_\_\_\_

**Pečiatka a podpis nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

\_\_\_\_\_

**Dátum**

\_\_\_\_\_

**Podpis poistenca**

**Poučenie:** Žiadosť, ak spĺňa kritériá, ktoré sú zverejnené na úradnej tabuli DÓVERY a na webovej stránke [www.dovera.sk](http://www.dovera.sk), podáva poistenec pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poštou na adresu DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Cintorínska 5, 949 01 Nitra, prostredníctvom Elektronickej pobočky DÓVERY alebo v pobočkách DÓVERY. Údaje o nezmluvnom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a rozsahu požadovanej zdravotnej starostlivosti vyplňa nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. DÓVERA poskytne príspevok vo výške 80 % obvyklej ceny dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má DÓVERA uzavreté zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom čase a za príslušnú zdravotnú starostlivosť. Poistenec musí absolvovať schválenú zdravotnú starostlivosť v lehote určenej DÓVEROU pri schválení žiadosti. Poistenec k poskytnutiu príspevku predloží originál dokladu o úhrade, lekársku správu, príp. kópiu lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu. Poistenec na všetkých dokladoch uvedie číslo žiadosti.

Poistenec je povinný požiadať o poskytnutie príspevku v lehote do 3 kalendárnych mesiacov odo dňa poskytnutia posledného schváleného výkonu nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, pričom po uplynutí tejto lehoty mu nárok na poskytnutie príspevku zaniká.

Podporné a servisné centrum:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Cintorínska 5  
949 01 Nitra

Fakturačné údaje:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130  
iČ DPH: SK2022051130  
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0850 850 850  
E-mail: [info@dovera.sk](mailto:info@dovera.sk)  
[www.dovera.sk](http://www.dovera.sk)

