



Žádost pojištěnce o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované zdravotní služby v zahraničí

Pojištěnec:

Jméno a příjmení:.....Č. pojištěnce.....

Adresa bydliště:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefon:.....E-mail.....Datová schránka.....

Zákonný zástupce (*jméno, příjmení, adresa, telefon, mail*)

.....

Základní diagnóza (slovy):.....

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

.....

.....

Období, v němž má být léčba v zahraničí poskytnuta (od – do):.....

Navrhovaný zahraniční poskytovatel zdravotních služeb:

Přesný název:.....

Adresa:.....

Stát:.....

Důvod výběru konkrétního zahraničního poskytovatele:

.....

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou plánovaných zdravotních služeb:

.....

.....

.....

Předpokládaná cena plánovaných zdravotních služeb (doložená informací zahraničního poskytovatele):

.....Pracoviště akceptuje formulář S2.....ANO / NE

V.....dne..... Podpis¹.....

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.

PLNÁ MOC²

¹ Podpis pojištěnce, jeho zákonného zástupce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem

Jméno, příjmení, číslo pojištěnce.....

Tímto uděluji plnou moc osobě:³

Jméno a příjmení/Název.....Datum narození (r. č.)/IČO.....

Bytem/Sídlem v

E-mail:.....

k podání Žádosti o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované zdravotní služby v zahraničí a k zastupování mé osoby v řízení o této žádosti

V.....dne.....

Podpis pojištěnce

Plnou moc přijímám

V.....dne.....

Podpis zmocněnce

Vyplní přijímající zaměstnanec VZP ČR

Žádost pojištěnce o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované zdravotní služby v zahraničí přijala

RP.....Pobočka.....

KLIPR..... Odbor

Dne.....

Ověřil/a jsem, že žadatel/ka je pojištěncem/pojištěnkou VZP ČR

Jméno a příjmení zaměstnance VZP ČR.....

.....

Podpis

² Vyplnit pouze v případě, zplnomocňuje-li pojištěnec k podání a řízení jinou osobu

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