Fullmakt for utbetaling av refusjon til et forsikringsselskap for helsehjelp i utlandet

1. Opplysninger om fullmaktsgiver (forsikringstaker)

Navn	Fødselsnummer
Adresse	
Postnummer	Poststed

2. Fullmakten gjelder følgende behandling

Behandlingsland	Behandlingsperiode
Type behandling	
Hvorfor mottok du behandling?	
Benyttet du Europeisk helsetrygdkort i forbindelse med behandlingen? ☐ Ja ☐ Nei	

3. Opplysninger som skal fylles ut av forsikringsselskapet

Forsikringsselskap	Organisasjonsnummer
Mottakeren av utbetalingen	Kontonummer for utbetaling
Referansenummer for innsendingen	

4. Tilknytning til behandlingslandet

Oppgi antall uker du har oppholdt deg og planlegger å oppholde deg i behandlingslandet:

I år:

I fjor:

	Ja	Nei
Er du arbeidstaker, selvstendig næringsdrivende eller au pair?	☐	☐
Hvis ja, i hvilket land?		
Mottar du sykepenger, dagpenger, foreldrepenger eller arbeids-avklaringspenger fra Norge?	☐	☐
Mottar du pensjon eller uføretrygd fra Norge?	☐	☐
Hvis ja, mottar du en av følgende pensjoner:		
☐ Offentlig AFP		
☐ Privat AFP uten uttak av alderspensjon fra folketrygden	☐	
Studerer du i et annet EØS-land?	☐	☐
Hvis ja, hvilket?		
Har du ektefelle eller samboer bosatt i behandlingslandet?	☐	☐
Har du barn under 18 år bosatt i behandlingslandet?	☐	☐
Har du bolig i behandlingslandet?	☐	☐

5. Underskrift av fullmaktsgiver (forsikringstaker)

Fullmakten er avgrenset til å gjelde helsehjelp mottatt i ovennevnte land og tidsperiode. Ved å signere denne fullmakten

- overdrar jeg kravet mitt til forsikringsselskapet
- samtykker jeg til at Helfo og forsikringsselskapet/forsikringsselskapene utveksler nødvendige opplysninger om saken
- samtykker jeg til utveksling av informasjon vedrørende egenandeler tilknyttet frikort
- samtykker jeg til innhenting og bruk av mine helseopplysninger jf. helseregisterloven og personopplysningsloven

☐ Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er riktige og fullstendige.

Sted og dato	Underskrift

1. Helsetjenester det søkes stønad til

Oppsto behovet for behandling før forsikringstakeren dro til utlandet? ☐ Ja* ☐ Nei

*Hvis «ja» må en henvisning legges ved.

Dato*	Behandlingssted	Helsetjeneste	Betalt beløp i lokal valuta

*Ved sykehusbehandling bruk dato fra–dato til.

Sum 0

2. Vedlagt dokumentasjon

Legg følgende dokumentasjonen ved alle krav:

- ☐ Fullmakt
- ☐ Original epikrise
- ☐ Oversatt epikrise
- ☐ Spesifisert faktura
- ☐ Betalingsbekreftelse

Er dokumentasjonen på et annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk, må den oversettes.

Hvis forsikringstakeren har mottatt planlagt behandling i et annet EØS-land, legg også ved følgende:

- ☐ Henvisning fra norsk helsepersonell

Ved avhukning bekrefter forsikringsselskapet at dokumentasjon er vedlagt.

3. Signatur

Sted og dato	Underskrift