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

1. Opplysningar om fullmaktsgivar (forsikringstakar)

Namn	Fødselsnummer
Adresse	
Postnummer	Poststad

2. Fullmakta gjelder følgjande behandling

Behandlingsland	Behandlingsdato(ar)
Type behandling	
Kvifor fekk du behandling?	
Nytta du Europeisk helsetrygdkort i samband med behandlinga? Ja ☐ Nei ☐	

3. Opplysningar om den som får fullmakt (forsikringsselskapet)

*Fyllast ut av forsikringsselskapet.

Forsikringsselskap	Organisasjonsnummer
Mottakar av utbetalinga	Kontonummer for utbetaling
Referansenummer for innsendinga	

4. Tilknytning til behandlingslandet

Kor mange veker har du opphalde deg og planlegg å opphalde deg i behandlingslandet

I år:

I fjor:

	Ja	Nei
Er du arbeidstakar, sjølvstendig næringsdrivande eller au pair?	☐	☐
Viss ja, oppgje land?		
Får du sjukepengar, dagpengar, foreldrepengar eller arbeids-avklaringspenger frå Noreg?	☐	☐
Får du pensjon eller uføretrygd frå Noreg?	☐	☐
Offentleg AFP ☐ **Viss ja,** får du ein av følgjande pensjonar: Privat AFP utan uttak av alderspensjon frå folketrygda	☐	
Studerer du i eit anna EØS-land?	☐	☐
Viss ja, oppgje land?		
Har du ektefelle eller sambuar busett i behandlingslandet?	☐	☐
Har du barn under 18 år busett i behandlingslandet?	☐	☐
Har du bustad i behandlingslandet?	☐	☐

5. Underskrift av fullmaktsgivar (forsikringstakar)

Fullmakta er avgrensa til å gjelde helsehjelp motteken i ovannemde land og tidsperiode.
Ved å signere denne fullmakta

- overdreg eg kravet mitt til forsikringsselskapet
- samtykker eg til at Helfo og forsikringsselskapet/forsikringsselskapa utvekslar nødvendige opplysningar om saka
- samtykker eg til utveksling av informasjon rundt eigendelar knytta til frikort
- samtykker eg til innhenting og bruk av helseopplysningane mine jf. helseregisterlova og personopplysningslova

☐ Eg stadfestar at opplysningane i skjemaet er rette og fullsendige.

Sted og dato	Underskrift

1. Oversikt over helsetenster det blir søkt stønad til

Oppstod behovet for behandling før forsikringstakaren drog til utlandet? Ja* ☐ Nei ☐

*Viss «ja», må ein henvisning leggast ved.

Dato*	Behandlingsstad	Helseteneste	Betalt beløp i lokal valuta

*Ved sjukehusbehanling, bruk dato fra - dato til.

Sum 0

2. Oversikt vedlagt dokumentasjon

Følgjande dokumentasjon må leggjast ved alle krav:

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

Er dokumentasjonen på eit anna språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk, må den oversettast.

Har forsikringstakaren motteke planlagt behandling i eit anna EØS-land, legg også ved følgjande:

- ☐ Henvisning frå norsk helsepersonell

Ved avhukning stadfestar forsikringsselskapet at dokumentasjon er vedlagd.

3. Signatur

Stad og dato	Underskrift