



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 om den som gis fullmakt (forsikringsselskapet)*

*Fylles ut av forsikringsselskapet.

Forsikringsselskap	Organisasjonsnummer
Mottaker av utbetaling	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. Oversikt over helsetjenester det søkes stønad til

Oppsto behovet for behandling før forsikringstaker dro til utlandet?

Ja*

Nei

*Hvis ja, må henvisning legges ved.

Dato*	Behandlingssted	Helsetjeneste	Betalt beløp i lokal valuta
Sum			

*Ved sykehusbehandling, bruk dato fra - dato til.

2. Oversikt vedlagt dokumentasjon

Følgende dokumentasjon må legges ved alle krav:

Fullmakt

Original epikrise

Oversatt epikrise

Spesifisert faktura

Betalingsbekreftelse

Ved planlagt behandling i et annet EØS-land, legg også ved:

Henvisning fra norsk helsepersonell

Ved avhukning bekrefter forsikringsselskapet at dokumentasjon er vedlagt.

3. Signatur

Sted og dato	Underskrift