



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 utbetaling	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 arbeidsavklaringspenger 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

- overdrag 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

