

(Prašymo kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas forma)

_____ teritorinei ligonių kasai

**PRAŠYMAS KOMPENSUOTI TARPVALSTYBINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
IŠLAIDAS**

_____ (Prašymo užpildymo data)

PRAŠAU kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros, gautos _____ išlaidas.
(ES šalies pavadinimas)

PRAŠOMA kompensuoti suma: _____
(suma skaičiais ir žodžiais, nurodant valiutą)

1. Apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustasis), gavusio tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, duomenys:

1.1	vardas (-ai)	
1.2	pavardė (-ės)	
1.3	asmens kodas	
1.4	gimimo data	

2. Apdraustojo (atstovo) banko duomenys:

2.1	banko pavadinimas	
2.2	asmeninės sąskaitos Nr.	
2.3	BIC kodas*	
2.4	IBAN kodas*	

3. Apdraustojo (atstovo) gyvenamosios vietos adresas:

3.1	šalis	
3.2	savivaldybė	
3.3	miestas / kaimas	
3.4	gatvė	
3.5	namo Nr.	
3.6	buto Nr.	
3.7	pašto kodas	

4. Apdraustojo (atstovo) kontaktiniai duomenys:

4.1	telefonas	
4.2	elektroninis paštas	

5. Tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą gavusio Lietuvos Respublikos apdraustojo atstovo duomenys:**

5.1	vardas (-ai)	
5.2	pavardė (-ės)	

5.3	asmens kodas																		
5.4	gimimo data																		

ESU INFORMUOTAS, kad prašyme pateikti mano ar mano nepilnamečio šeimos nario / globotinio asmens duomenys bus naudojami kompensuojant mano išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai.

(Prašymą teikiančio asmens vardas, pavardė, parašas)

PRAŠAU SIŪSTI pranešimą apie išlaidų kompensavimą (pažymėti vieną variantą):

- paštu;
 elektroniniu paštu.

(Prašymą teikiančio asmens vardas, pavardė, parašas)

Pridedama:

1. finansinių dokumentų originalai: _____ ;
(finansinių dokumentų skaičius nurodomas žodžiais, bendras lapų skaičius – skaitmenimis)

2. kiti dokumentai: _____
(nurodomas pridedamų dokumentų lapų skaičius)

PATVIRTINU, kad pažymą apie priimtus dokumentus gavau*:**

(Pareiškėjo parašas)

(Vardas, pavardė)

(Data)

PASTABOS:

* Pildoma tuo atveju, jei prašymą teikiantis asmuo neturi asmeninės sąskaitos Lietuvos Respublikoje veikiančiuose bankuose.

** Pildoma tuo atveju, jei:

– apdraustojo iki 16 metų prašymą teikia vienas iš tėvų (įtėvių), globėjas (rūpintojas) ar socialinės globos įstaigos atstovas;

– neįgalus apdraustojo prašymą teikia jo globėjas (rūpintojas) ar kitas teisėtas atstovas.

*** Pildoma tuo atveju, jei prašymas teikiamas asmeniškai, atvykus į teritorinę ligonių kasą.