

Apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu išlaidų būtinajai medicinos pagalbai, suteiktai kitoje Europos Sąjungos šalyje, ir kitose Europos Sąjungos šalyse apdraustų asmenų išlaidų būtinajai medicinos pagalbai, suteiktai Lietuvoje, kompensavimo tvarkos aprašo 1 priedas

**(Prašymo kompensuoti kitoje ES šalyje suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas forma)**

**PRAŠYMAS KOMPENSUOTI KITOJE ES ŠALYJE SUTEIKTŲ BŪTINOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ IŠLAIDAS**

(Pildoma pagal asmens tapatybę patvirtinančio dokumento duomenis didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis)

\_\_\_\_\_ teritorinei ligonių kasai

\_\_\_\_\_ (Prašymo užpildymo data)

**PRAŠAU kompensuoti išlaidas būtinajai pagalbai, suteiktai** \_\_\_\_\_.

(ES šalies pavadinimas)

**PRAŠOMA kompensuoti suma:** \_\_\_\_\_

(suma skaičiais ir žodžiais, nurodant valiutą)

**PASIRINKTAS kompensavimo būdas\*:**

- Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatytais kainomis;  
 ES šalies, kurioje buvo suteiktos būtinosios medicinos pagalbos paslaugos, teisės aktų nustatytais kainomis.

**1. Prašymą teikiančio asmens duomenys:**

1.1	vardas (-ai)	
1.2	pavardė (-ės)	
1.3	asmens kodas	<input type="text"/>
1.4	gimimo data	

**2. Banko duomenys:**

2.1	banko pavadinimas	
2.2	asmeninės sąskaitos Nr.	<input type="text"/>
2.3	BIC kodas**	
2.4	IBAN kodas**	

\* Nurodomas vienas pasirinktas kompensavimo būdas.

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

✂-----

**Pildo teritorinės ligonių kasos darbuotojas:**

Prašymo ir dokumentų priėmimo data: --

Atsakingasis darbuotojas, priėmęs prašymą ir dokumentus: \_\_\_\_\_

(pareigos, vardas, pavardė ir parašas)

Telefonas pasiteirauti:

