

Anvisningar

Om kostnaden beror på akut insjuknande under en tillfällig vistelse i ett EU- eller EES-land (i något annat land än ett nordiskt land) eller i Schweiz betalas ersättningen utifrån Ert val antingen enligt lagstiftningen i Finland eller lagstiftningen i det land där vården gavs. Ersättning enligt lagstiftningen i Finland innebär att kostnaderna ersätts till högst det belopp som skulle ha uppkommit i samband med vård i en motsvarande situation inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland (lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård). FPA kan inte ge information om andra länders ersättningslagstiftning, handläggningstider eller ersättningsbelopp.

Om kostnaden beror på akut insjuknande i ett annat nordiskt land betalas ersättning alltid enligt lagstiftningen i det land där vården gavs.

Om kostnaden beror på insjuknande i något annat land än ett EU- eller EES-land eller Schweiz betalas ersättning enligt sjukförsäkringslagen i Finland.

Kryssa för ett av alternativen. Markeringen gäller alla de personer som ingår i redovisningen.

- Ersättning enligt lagstiftningen i Finland (lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård).
- Ersättning enligt lagstiftningen i det land där vården gavs.
- Ersättning enligt sjukförsäkringslagen.

ANSÖKNINGSTID 6 månader från den dag då kostnaderna betalades

Redovisningen omfattar _____ ansökningar

Försäkringsbolagets/arbetsgivarens namn

FO-nummer

Adress (dit FPA ska skicka redovisningsbeslutet)

Postnummer

Postanstalt

Namn, telefonnummer och e-postadress för den som uppgjort redovisningen

Kontonummer

BIC-kod (om bankkontot finns utomlands) Referensnummer

Nr	Den försäkrades namn	Personbeteckning	Betalningsdatum	Kostnader
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

Datum. Underskrift av den som uppgjort redovisningen samt namnförtydligande

Totalt/Transport

Nr	Den försäkrades namn	Personbeteckning	Betalningsdatum	Kostnader
—	_____	_____	_____	Transport
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
Datum. Underskrift av den som uppgjort redovisningen samt namnförtydligande				Totalt/Transport

Nr	Den försäkrades namn	Personbeteckning	Betalningsdatum	Kostnader
—	—	—	—	Transport
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				

Datum. Underskrift av den som uppgjort redovisningen samt namnförtydligande

Totalt