

# Fullmakt for utbetaling av refusjon til et forsikringselskap for helsehjelp i utlandet

## Opplysninger om den som gir fullmakt (fullmaktsgiver)

Navn:	Fødselsnummer:
Adresse:	
Postnummer:	Poststed:

## Opplysninger om den som gis fullmakt (fullmektig)

Forsikringselskap:	Polisenummer:
--------------------	---------------

## Opplysninger om fullmakten

Jeg gir HELFO fullmakt til å utbetale refusjon direkte til det oppgitte forsikringselskapet. Utbetalingen gjelder den refusjonen som blir innvilget for dekning av utgifter til helsehjelp jeg har mottatt i utlandet.

Utbetalingen til forsikringselskapet er begrenset til det beløpet HELFO innvilger i denne saken. Hvis det innvilgede refusjonsbeløpet fra HELFO er høyere enn forsikringsutbetalingen, blir det overskytende beløpet utbetalt til meg som fullmaktsgiver.

Jeg godtar at forsikringselskapet og HELFO utveksler nødvendige opplysninger om meg og saken min (for eksempel medisinske opplysninger om den behandlingen jeg har fått).

## Jeg bekrefter å ha mottatt følgende behandling

Behandlingsland:	Behandlingsdato(er)
Type behandling:	

Jeg bekrefter at jeg ikke har benyttet Europeisk helsetrygdkort i forbindelse med behandlingen.

## Underskrift av den som gir fullmakt (fullmaktsgiver)

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------