



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

WNIOSEK O ZWROT PONIESIONYCH
KOSZTÓW LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE
CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ LUB
EUROPEJSKIEGO POROZUMIENIA O
WOLNYM HANDLU

Uwaga! Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami
Do wniosku należy dołączyć oryginały rachunków, dowodów zapłaty i innych dokumentów
otrzymanych w państwie pobytu.

1. Tytuły do ubezpieczenia osoby ubiegającej się o zwrot poniesionych kosztów leczenia (zaznaczyć właściwe)²					
<input type="checkbox"/> Pracownik		<input type="checkbox"/> Student zgłoszony do ubezpieczenia przez pracownika, osobę pracującą na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencistę			
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek (w tym rolnik)		<input type="checkbox"/> Student zgłoszony do ubezpieczenia przez uczelnię			
<input type="checkbox"/> Bezrobotny		<input type="checkbox"/> Uczeń zgłoszony do ubezpieczenia przez pracownika, osobę pracującą na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencistę			
<input type="checkbox"/> Emeryt / rencista		<input type="checkbox"/> Inne			
<input type="checkbox"/> Członek rodziny pracownika, osoby pracującej na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencisty					
1.1	Nazwisko	1.2	Imię (imiona)	1.3	Nazwisko rodowe
1.4	Data urodzenia (dd /mm/ rrrr)	1.5	Obywatelstwo	1.6	PESEL
Miejsce zamieszkania:					
Państwo		Miejscowość			
Gmina/Pocztą		Kod pocztowy		Telefon kontaktowy	
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
1.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość			1.9 Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość		
2. Członek rodziny, który korzystał z leczenia (wypełnić w przypadku, gdy osobą ubiegającą się o zwrot poniesionych kosztów leczenia jest członek rodziny)³					
2.1	Nazwisko	2.2	Imię (imiona)	2.3	Nazwisko rodowe
2.4	Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	2.5	Obywatelstwo	2.6	PESEL
Miejsca zamieszkania:					
Państwo		Miejscowość			
Gmina/Pocztą		Kod pocztowy		Telefon kontaktowy	
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
3. Termin i okoliczności udzielenia świadczeń⁵					
3.1 Świadczenie zostało udzielone w terminie od.....do.....			3.2 <input type="checkbox"/> Nieszczęśliwy wypadek		
3.3 <input type="checkbox"/> Nagłe zachorowanie		3.4 <input type="checkbox"/> Planowane leczenie		3.5 <input type="checkbox"/> Inne	
4. Powód obciążenia kosztami⁶					
4.1 <input type="checkbox"/> Brak zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych (EKUZ)		4.2 <input type="checkbox"/> Placówka zagraniczna nie uznała przedstawionego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np. EKUZ)			
4.3 <input type="checkbox"/> Konieczność skorzystania z usług placówki prywatnej (brak dostępu do lekarza działającego w ramach państwowej służby zdrowia)		4.4 <input type="checkbox"/> Posiadanie nieważnego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np.: EKUZ)			
4.5 <input type="checkbox"/> Inne					

5. Poniesione wydatki		Za udzieloną pomoc medyczną zapłacono			Kwota w walucie obcej (wypełnić TYLKO w przypadku rachunków opłaconych)
5.1	Leczenie medyczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.2	Leczenie dentystyczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.3	Leki	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.4	Hospitalizacja	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.5	Inne świadczenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.6	Wydatki razem				
6. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie					
7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów ⁷ (W przypadku przyznania zwrotu, kwota ta może zostać obniżona o koszty przelewu bankowego/przekazu pocztowego)					
7.1	Na rachunek bankowy nr: ⁸				
7.2	Przelewem pocztowym na adres:				
8. Dane placówki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych					
8.1	Rodzaj placówki: <input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> działająca w ramach zdrowia systemu powszechnego				
8.2	Adres placówki: Państwo		Miejscowość		

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego

¹ Państwa członkowskie Unii Europejskiej – Austria, Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy; Państwa Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu: Islandia, Lichtenstein, Norwegia oraz Szwajcaria.

² Należy zakreślić odpowiedni kwadrat zgodnie z posiadanym przez ubezpieczonego statusem, a następnie podać dane osobowe. **Uwaga!** Dotyczy wyłącznie osoby posiadającej własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. Punkt 1 należy wypełnić obligatoryjnie także wtedy, gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leczenia udzielonego osobie zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny.

³ Należy wypełnić w przypadku, gdy osoba ubiegająca się o refundację poniesionych kosztów leczenia zgłoszona jest do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny głównego ubezpieczonego.

⁴ Należy wypełnić tylko, jeśli leczenie miało miejsce na terytorium Belgii.

⁵ Prosimy o zaznaczenie „X” przy odpowiednim numerze powodu skorzystania ze świadczeń. W przypadku zaznaczenia punktu 4.5 należy podać dokładny powód skorzystania ze świadczeń.

⁶ Prosimy o zaznaczenie „X” przy odpowiednim numerze, wskazując okoliczności obciążenia kosztami świadczeń zdrowotnych. W przypadku zaznaczenia punktu 5.5 należy podać dokładny powód obciążenia kosztami.

⁷ Należy zaznaczyć preferowany sposób odbioru zwrotu kosztów, zaznaczając „X” przy odpowiednim numerze.

⁸ W przypadku niemożliwości przekazania pieniędzy na konto (błędny numer, niezgodny z numerem adres itd.), pieniądze zostaną przesłane przekazem pocztowym

Dane świadczeniobiorcy*:
Imię i nazwisko
Adres
Data urodzenia

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZWROT KOSZTÓW LECZENIA PONIESIONYCH W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE LUB EFTA

W związku z ubieganiem się o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim UE/EFTA oświadczam, że przebywałem/tam w (kraj) w dniach od..... do..... w celu**:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> turystycznym | <input type="checkbox"/> zarobkowym:
<input type="checkbox"/> pracownik sezonowy
<input type="checkbox"/> prowadzenie działalności gospodarczej od | <input type="checkbox"/> studia | <input type="checkbox"/> innym (jakim, np. zmiana miejsca zamieszkania) |
| | <input type="checkbox"/> umowa o pracę | | |

Okoliczności udzielenia świadczeń zdrowotnych (krótki opis zdarzenia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* w przypadku udzielenia świadczenia członkowi rodziny głównej osoby ubezpieczonej, proszę wpisać dane głównej osoby ubezpieczonej

** właściwe zakreślić

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Data wypełnienia oświadczenia (dd/mm/rrrr)

.....
Czytelny podpis osoby wypełniającej oświadczenie lub opiekuna prawnego