



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

WNIOSEK O REFUNDACJĘ PONIESIONYCH
KOSZTÓW LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE
CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ LUB
EUROPEJSKIEGO POROZUMIENIA O
WOLNYM HANDLU¹

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 refundację 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	PESEL								
Miejsce zamieszkania:														
Państwo						Miejscowość								
1.6	Gmina/Poczt				Kod pocztowy				Telefon kontaktowy					
Ulica						Nr domu				Nr lokalu				
1.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość				1.8	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość								
2. Członek rodziny, który korzystał z leczenia (wypełnić w przypadku, gdy osobą ubiegającą się o refundację 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	PESEL								
Miejsca zamieszkania:														
Państwo						Miejscowość								
2.6	Gmina/Poczt				Kod pocztowy				Telefon kontaktowy					
Ulica						Nr domu				Nr lokalu				
3. Termin i okoliczności udzielenia świadczeń⁴														
3.1	Świadczenie zostało udzielone w terminie od.....do.....				3.2	<input type="checkbox"/> Nieszczęśliwy wypadek (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń)								
3.3	<input type="checkbox"/> Nagłe zachorowanie (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń)		3.4	<input type="checkbox"/> Planowane leczenie (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń)		3.5	<input type="checkbox"/> Inne							
4. Powód obciążenia kosztami⁵														
4.1	<input type="checkbox"/> Brak zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnych (EKUZ)				4.2	<input type="checkbox"/> Placówka zagraniczna nie uznała przedstawionego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np. EKUZ) (należy dołączyć krótki opis przyczyny nieuznania dokumentu)								
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 refundacji kosztów ⁶ (W przypadku przyznania refundacji, kwota ta może zostać obniżona o koszty przelewu bankowego/przekazu pocztowego)					
7.1	Na rachunek bankowy nr:				
7.2	Dane dysponenta rachunku (w przypadku gdy są inne niż dane świadczeniobiorcy)	Imię, Nazwisko i adres:			
7.3	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 powszechnego systemu opieki zdrowotnej				
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,
przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej

¹ Państwa członkowskie Unii Europejskiej – Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Lotwa, 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. Pkt 1 należy wypełnić obligatoryjnie także wtedy, gdy wniosek o refundację 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 Prosimy o zaznaczenie „X” przy odpowiednim numerze, wskazując okoliczności udzielenia świadczeń zdrowotnych. W przypadku zaznaczenia pkt 3.3 i 3.4 należy podać dokładne okoliczności udzielenia świadczenia

⁵ Prosimy o zaznaczenie „X” przy odpowiednim numerze powodu obciążenia kosztami leczenia. W przypadku zaznaczenia pkt 4.2 należy podać dokładny powód odmowy uznania dokumentu, a w przypadku zaznaczenia pkt 4.3 i 4.5 należy podać dokładny powód obciążenia kosztami.

⁶ Należy zaznaczyć preferowany sposób odbioru refundacji kosztów, uzupełniając odpowiednio pole 7.1 lub 7.2

⁷ W przypadku niemożności przekazania pieniędzy na konto (błędny numer, niezgodny z numerem adres itd.), pieniądze zostaną przesłane przekazem pocztowym

Dane świadczeniobiorcy¹⁾:

Imię i nazwisko

Adres

Data urodzenia

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

I 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 celu²⁾:

turystycznym

zarobkowym:

pracownik sezonowy

prowadzenie działalności gospodarczej

od

umowa o pracę

studia

innym (jakim, np.
zmiana miejsca
zamieszkania)

.....

II Opis zdarzenia będącego przyczyną skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Proszę podać wskazane przez lekarza rozpoznanie choroby:

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

¹⁾ w przypadku udzielenia świadczenia członkowi rodziny głównej osoby ubezpieczonej, proszę wpisać dane głównej osoby ubezpieczonej

²⁾ właściwie 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