



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

.....
ODDZIAŁ WOJEWÓDZKIWNIOSEK O ZWROT 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. Tytuł/y 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 świadczeń ⁴					
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 kosztami ⁵					
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 kosztów⁶ (W przypadku przyznania zwrotu, kwota ta może zostać obniżona o koszty przelewu bankowego/przekazu pocztowego)					
7.1	Na rachunek bankowy nr: ⁷				
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 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 świadomy/a 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, Chorwacja, 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 Prosimy o zaznaczenie „X” przy odpowiednim numerze, wskazując okoliczności obciążenia kosztami świadczeń zdrowotnych. W przypadku zaznaczenia punktu 3.5 należy podać dokładne okoliczności obciążenia kosztami.

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 Należy zaznaczyć preferowany sposób odbioru zwrotu kosztów, uzupełniając odpowiednio pole 7.1 lub 7.2..

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