



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

WNIOSEK O REFUNDACJĘ PONIESIONYCH  
KOSZTÓW LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE  
CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ LUB  
EUROPEJSKIEGO POROZUMIENIA O  
WOLNYM HANDLU<sup>1</sup>

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 refundację poniesionych kosztów leczenia (zaznaczyć właściwe) <sup>2</sup>														
<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				
<b>Miejsce zamieszkania:</b>														
Państwo														
Miejscowość														
Gmina/Poczta														
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) <sup>3</sup>														
2.1	Nazwisko				2.2	Imię (imiona)				2.3	Nazwisko rodowe			
2.4	Data urodzenia (dd / mm / rrrr)								2.5	PESEL				
<b>Miejsca zamieszkania:</b>														
Państwo														
Miejscowość														
Gmina/Poczta														
Kod pocztowy														
Telefon kontaktowy														
Ulica														
Nr domu														
Nr lokalu														
3. Termin i okoliczności udzielenia świadczeń <sup>4</sup>														
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 kosztami <sup>5</sup>														
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	<b>Wydatki razem</b>				
<b>6. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie .....</b>					
<b>7. Preferowany sposób otrzymania refundacji kosztów<sup>6</sup></b> (W przypadku przyznania refundacji, kwota ta może zostać obniżona o koszty przelewu bankowego/przekazu pocztowego)					
7.1	Na rachunek bankowy nr: <sup>7</sup>				
7.2	Dane dysponenta rachunku (w przypadku gdy są inne niż dane świadczeniobiorcy)	Imię, Nazwisko i adres:			
7.3	Przelewem pocztowym na adres:				
<b>8. Dane placówki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych</b>					
8.1	<b>Rodzaj placówki:</b> <input type="checkbox"/> prywatna	<input type="checkbox"/> działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej			
8.2	<b>Adres placówki:</b>				
	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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Należy zaznaczyć preferowany sposób odbioru refundacji kosztów, uzupełniając odpowiednio pole 7.1 lub 7.2.

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