


Wniosek o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego

	NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSEK O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO¹

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 lub szkołę			
<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
Adres miejsca zamieszkania:					
Państwo			Miejscowość		
Gmina		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
Adres miejsca zamieszkania:					
Państwo			Miejscowość		
Gmina		Kod pocztowy		Ewentualny 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 (formularza E 111)		4.2	<input type="checkbox"/> Placówka zagraniczna nie uznała przedstawionego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np.: formularza E 111)	

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.: formularza E 111)			
4.5	<input type="checkbox"/> Inne					
5. Poniesione wydatki*		Nr faktury / rachunku	Za udzieloną pomoc medyczną zapłacono			Kwota (wypełnić TYLKO w przypadku rachunków opłaconych)
5.1			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.2			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.3			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
5.4			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
*należy wpisać: leczenie medyczne – w przypadku świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ambulatoryjnej części opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, ambulatoryjnej części rehabilitacji leczniczej, leczenie dentystyczne – w przypadku leczenia stomatologicznego, leki – w przypadku refundacji leków, pobyt w szpitalu – w przypadku korzystania z lecznictwa szpitalnego, szpitalnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, szpitalnej rehabilitacji leczniczej, inne świadczenia – w przypadku świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, lecznictwa uzdrowiskowego, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, profilaktycznych programów zdrowotne, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.						
6. Do wniosku załączam dokumenty w liczbie..... (podać ilość rachunków, dowodów zapłaty, paragonów fiskalnych itp.).						
7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów⁷ (W przypadku przyznania zwrotu, kwota będzie obniżona o koszty przelewu bankowego/przekazu pocztowego)						
7.1	Na rachunek bankowy nr:					
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 państwowej służby zdrowia					
8.2	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/ odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

Czytelny podpis

¹. Państwa członkowskie Unii Europejskiej – Austria, Belgia, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Niemcy, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy; Państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego: Islandia, Lichtenstein, Norwegia.

². Należy zakreślić odpowiedni kwadrat zgodnie z posiadaniem 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.

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.