

	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. Tytuł/y do ubezpieczenia osoby ubiegającej się o refundację poniesionych kosztów leczenia (zaznaczyć właściwe)²																				
☐ Pracownik ☐ Osoba pracująca na własny rachunek (w tym rolnik) ☐ Bezrobotny ☐ Emeryt / rencista ☐ Członek rodziny pracownika, osoby pracującej na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencisty										☐ Student zgłoszony do ubezpieczenia przez pracownika, osobę pracującą na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencistę ☐ Student zgłoszony do ubezpieczenia przez uczelnię ☐ Uczeń zgłoszony do ubezpieczenia przez pracownika, osobę pracującą na własny rachunek, bezrobotnego, emeryta/rencistę ☐ Inne										
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)					1.3	Nazwisko rodowe							
1.4	Data urodzenia (dd / mm / rrrr)																			
Miejsce zamieszkania: Państwo _____ Miejscowość _____ Gmina/Pocztą _____ 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)																			
Miejsca zamieszkania: Państwo _____ Miejscowość _____ Gmina/Pocztą _____ 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	☐ Nieszczęśliwy wypadek (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń) ☐ Nagłe zachorowanie (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń) ☐ Planowane leczenie (należy dołączyć krótki opis okoliczności udzielenia świadczeń) ☐ Inne								
4. Powód obciążenia kosztami⁵																				
4.1	☐ Brak zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnych (EKUZ) ☐ Konieczność skorzystania z usług placówki prywatnej (brak dostępu do lekarza działającego w ramach państwowej służby zdrowia) ☐ Inne										4.2	☐ Placówka zagraniczna nie uznała przedstawionego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np. EKUZ) (należy dołączyć krótki opis przyczyny nieuznania dokumentu) ☐ Posiadanie nieważnego zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych (np.: EKUZ)								

5. Poniesione wydatki		Za udzieloną pomoc medyczną zapłacono			Kwota w walucie obcej (wypełnić TYLKO w przypadku rachunków opłaconych)
5.1	Leczenie medyczne	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
5.2	Leczenie dentystyczne	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
5.3	Leki	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
5.4	Hospitalizacja	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
5.5	Inne świadczenia	☐ tak	☐ nie	☐ 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: ☐ prywatna	☐ działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej			
8.2	Adres placówki:				
	Państwo			Miejscowość	

Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

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.