

Wniosek o refundację kosztów leczenia poniesionych w innym państwie UE/EFTA/ Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

Wypełnij wniosek w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, zgodnie z opisem pól.

1. Dane osoby, która skorzystała z leczenia

PESEL	<input type="text"/>	Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	<input type="text"/>	
Imię (imiona)	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Wymień wszystkie posiadane obywatelstwa

1.1. Status osoby, która skorzystała z leczenia

- osoba ubezpieczona osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń¹
 członek rodziny osoby ubezpieczonej

1.2. Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>
Kod pocztowy, miejscowość	<input type="text"/>
Państwo	<input type="text"/>

1.3. Adres do korespondencji (podaj tylko, jeśli jest inny niż w punkcie 1.2)

Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>
Kod pocztowy, miejscowość	<input type="text"/>
Państwo	<input type="text"/>

2. Dane osoby ubezpieczonej (wypełnij tylko jeśli w punkcie 1.1. wskazano status osoby, która skorzystała z leczenia „członek rodziny”)

PESEL	<input type="text"/>	Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	<input type="text"/>	
Imię (imiona)	<input type="text"/>	

Nazwisko

Telefon

E-mail

2.1 Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

3. Kraj ubezpieczenia w momencie udzielenia świadczeń – podaj jeśli inny niż Polska

4. Cel pobytu w państwie, w którym skorzystano ze świadczeń

- turystyczny
 związany z pracą²: praca najemna lub praca na własny rachunek
 praca sezonowa
 studia
 inny (jaki?)

Uwaga! Jeżeli Twój wyjazd był związany z wykonywaniem pracy dołącz do wniosku dokument A1.

5. Termin i okoliczności leczenia

Termin leczenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

od (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do (dd-mm-rrrr)

- nagła choroba
 nieszczęśliwy wypadek
 leczenie planowane
 choroby przewlekłe³
 inne (wskaz jakie)

Krótki opis okoliczności, w tym wskazane przez lekarza rozpoznanie choroby

6. Dane placówki, w której skorzystano ze świadczeń

- placówka działająca w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej
 placówka prywatna
 nie wiem

Nazwa

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

7. Powód obciążenia kosztami

- Konieczność skorzystania z usług placówki prywatnej (brak dostępu do lekarza działającego w ramach publicznej służby zdrowia)
- Brak dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (EKUZ, Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ, inny)
- Nieuznanie przez placówkę zagraniczną dokumentu uprawniającego (jakiego?)
- Inny (jaki? np. zmiana państwa zamieszkania)

Krótki opis okoliczności

8. Poniesione wydatki

Poniesione wydatki		Czy udzielona pomoc medyczna została opłacona?			Kwota w walucie obcej <i>(wypełnij tylko w przypadku opłaconych rachunków)</i>
8.1	Leczenie medyczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
8.2	Leczenie dentystyczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
8.3	Leki	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
8.4	Hospitalizacja	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
8.5	Inne świadczenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> częściowo	
8.6	Wydatki razem				

Do wniosku załączam dokumentów finansowych⁴ (podaj liczbę załączników).

9. Preferowany sposób otrzymania refundacji kosztów leczenia

Na rachunek bankowy/IBAN numer⁵

Kod BIC/SWIFT

Dane dysponenta rachunku (gdy są inne niż dane świadczeniobiorcy)

Imię (imiona) i nazwisko

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

Przekazem pocztowym na polski adres:

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy, miejscowość

10. Oświadczenia

- Niezwłocznie przekażę CUW w Gorzowie Wielkopolskim – Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ/Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne w celu ustalenia statusu ubezpieczenia zdrowotnego dla mnie lub zgłoszonych członków mojej rodziny.
- Oświadczam, że nie składałem w NFZ innego wniosku o zwrot kosztów tych samych świadczeń na podstawie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną.
- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

11. Podpis osoby wnioskującej, przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej⁶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd-mm-rrrr)

--

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

DODATKOWE INFORMACJE

¹ Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń:

Prawo do świadczeń przysługuje Ci na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), jeśli:

- 1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza
- 2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie
- 3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy
- 4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub połogu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub połogu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce
- 6) przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące prawa do świadczeń jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej
- 8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia
- 9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę
- 10) posiadasz prawo do świadczeń z innego tytułu, niż wymienione w pkt 1 – 9.

Jeśli w okresie skorzystania ze świadczeń posiadałeś jeden z ww. statusów, wpisz odpowiadający mu numer w puste pole w punkcie 1.1 wniosku.

Jeżeli skorzystałeś z leczenia w jednym z następujących państw: Islandia, Norwegia, Liechtenstein, Szwajcaria lub Dania, zwrot kosztów przysługuje Ci jedynie, jeżeli jesteś obywatelem państwa członkowskiego UE, bezpaństwowcem i uchodźcą mieszkającym i podlegającym ustawodawstwu państwa członkowskiego UE lub członkiem ich rodziny.

² Jeśli w punkcie 4 zaznaczyłeś cel pobytu „związany z pracą” i zostałeś oddelegowany do pracy za granicę, dołącz do wniosku dokument A1. Dokument A1 jest wydawany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i potwierdza polskie ustawodawstwo.

³ Zaznacz jeżeli cierpisz na chorobę przewlekłą i w trakcie pobytu korzystałeś ze świadczeń z nią związanych, np. dializy nerek, tlenoterapii, specjalnego leczenia astmy, echokardiografii w przypadku przewlekłych chorób autoimmunologicznych, chemioterapii. Świadczenia rzeczowe związane z chorobą przewlekłą często wymagają wcześniejszego zaplanowania terminów z placówką gwarantującą leczenia. Nie możesz jednak zaznaczyć tego punktu jeżeli leczenie było głównym powodem Twojego wyjazdu – w takim przypadku jest to leczenie planowane.

⁴ Warunkiem koniecznym rozpatrzenia wniosku jest załączenie oryginałów rachunków i dowodów zapłaty.

⁵ W przypadku braku możliwości przekazania środków na konto (np. błędny numer), prześlemy Ci należną kwotę przekazem pocztowym. Koszt przekazu zostanie potrącony z przyznanej kwoty zwrotu.

⁶ Jeżeli wniosek składa w Twoim imieniu osoba upoważniona, dołącz do wniosku *Upoważnienie do złożenia wniosku o refundację kosztów leczenia*.

(!!) Wnioski niepodpisane oraz bez podanej daty wypełnienia nie będą rozpatrzone.

(!!!) W sytuacjach wątpliwych poprosimy Cię o przedstawienie dodatkowych dokumentów.