



Prawo do opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejszy dokument wydaje się ubezpieczonym, którzy zamieszkują, przebywają lub przenoszą się do innego państwa UE niż to, w którym są ubezpieczeni od wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Niniejszy dokument należy przedłożyć w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego / ubezpieczającej od wypadków przy pracy i chorób zawodowych w państwie miejsca zamieszkania lub pobytu w celu uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Może mieć Pan/Pani prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu obowiązujących w miejscu pobytu.

Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Status

 1.6.1 Pracownik najemny 1.6.2 Osoba pracująca na własny rachunek Osoba bezrobotna

1.7 Adres w państwie miejsca zamieszkania/pobytu

1.7.1 Ulica, nr

1.7.3 Kod pocztowy

1.7.2 Miasto

1.7.4 Symbol państwa

2. POSIADACZ MOŻE OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIA RZECZOWE

 2.1.1 z tytułu wypadku przy pracy 2.1.2 z tytułu choroby zawodowej

2.2 Przewidywany okres leczenia

 2.2.1 określony w ustawodawstwie państwa miejsca zamieszkania 2.2.2 data rozpoczęcia

data zakończenia

 2.2.3 maksymalnie trzy miesiące 2.2.4 przez czas nieokreślony

(*) Art. 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004, oraz art. 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

DA1



Prawo do opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych

3. POSIADACZ MA PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ Z TYTUŁU

- 3.1 wypadku przy pracy, któremu uległ 3.1.1 w dniu (data)
- 3.1.2 mającemu następujące konsekwencje
-
- 3.2 zdiagnozowanej choroby zawodowej 3.2.1 w dniu (data)
- 3.2.2 mającej następujące konsekwencje
-
- 3.3 zgody wydanej osobie zainteresowanej na zachowanie praw do świadczeń rzeczowych w
(należy podać państwo), dokąd się udaje
- 3.3.1 w celu zamieszkania
- 3.3.2 w celu uzyskania leczenia

4. RAPORT MEDYCZNY

- 4.1 znajduje się w załączonej zaklejonej kopercie 4.2 może być wydany na wniosek
- 4.3 został przesłany 4.3.1 w dniu 4.3.2 do
- 4.4 nie został sporządzony

5. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

- 5.1 Nazwa
- 5.2 Ulica, nr
- 5.3 Miasto
- 5.4 Kod pocztowy 5.5 Symbol państwa
- 5.6 Identyfikator instytucji
- 5.7 Numer faksu
- 5.8 Numer telefonu
- 5.9 E-mail
- 5.10 Data
- 5.11 Podpis

PIECZĘĆ