DA1

Nárok na krytí zdravotní péče na základě pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání

Nařízení EU 883/04 a 987/09 (*)

INFORMACE PRO DRŽITELE

Tento dokument je určen pojištěným osobám, které se stěhují do jiného státu EU, než ve které jsou pojištěny proti pracovním úrazům a nemocem z povolání, mají v tomto státě bydliště či v něm pobývají. Pro získání nároku na dávky zdravotní péče, musíte tento dokument předložit instituci zdravotního pojištění / instituci pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání ve státě bydliště či pobytu.
Můžete mít nárok na doplatek náhrad podle vnitrostátních sazeb náhrad v místě pobytu.
Informace v této věci vám poskytne vaše instituce zdravotního pojištění. Seznam institucí zdravotního pojištění viz na http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. OSOBNÍ ÚDAJE DRŽITELE

1.1 Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě

1.2 Příjmení

1.3 Jména

1.4 Rodné příjmení (**)

1.5 Datum narození

1.6 Status

☐ 1.6.1 Zaměstnanec ☐ 1.6.2 Osoba samostatně výdělečně činná ☐ 1.6.3 Nezaměstnaná osoba

1.7 Adresa ve státě bydliště/pobytu

1.7.1 Ulice, č. 1.7.3 Poštovní směrovací číslo

1.7.2 Obec 1.7.4 Kód země

2. DRŽITEL MŮŽE POBÍRAT VĚCNÉ DÁVKY

☐ 2.1.1 z důvodu pracovního úrazu ☐ 2.1.2 z důvodu nemoci z povolání

2.2 Očekávaná doba léčení

☐ 2.2.1 po období uvedené v ustanoveních právních předpisů země bydliště držitele

☐ 2.2.2 datum zahájení datum ukončení

☐ 2.2.3 po dobu nejvýše tří měsíců ☐ 2.2.4 po neomezenou dobu

(*) Nařízení (ES) č. 883/2004, článek 36, a 987/2009, článek 33.
(**) Informace poskytnuté instituci držitelem, pokud instituci nejsou známy.

©Evropská komise

DA1

Nárok na krytí zdravotní péče na základě pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání

3. DRŽITEL MÁ NÁROK NA ZDRAVOTNÍ PÉČI Z DŮVODU

☐ 3.1 Pracovního úrazu, který utrpěl 3.1.1 dne (datum)

3.1.2 který měl tyto následky

☐ 3.2 Nemoci z povolání zjištěné 3.2.1 dne (datum)

3.2.2 která měla tyto následky

☐ 3.3 Oprávnění, které jsme přiznali dotyčné osobě k tomu, aby si udržela nárok na věcné dávky v/na (stát), kde

☐ 3.3.1 bude bydlet

☐ 3.3.2 bude léčena

4. ZPRÁVA NAŠEHO VYŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

☐ 4.1 je přiložena v zalepené obálce

☐ 4.2 je k dispozici na požádání

☐ 4.3 byla odeslána 4.3.1 dne 4.3.2 (komu)

☐ 4.4 nebyla vyhotovena

5. INSTITUCE VYPLŇUJÍCÍ FORMULÁŘ

5.1 Název

5.2 Ulice, číslo

5.3 Obec

5.4 PSČ 5.5 Kód země

5.6 Kód instituce

5.7 Faxové číslo - kancelář

5.8 Telefonní číslo - kancelář

5.9 E-mail

5.10 Datum

5.11 Podpis

RAZÍTKO