

DA1

**Право на получаване на здравни
грижи при осигуряване за трудови злополуки
и професионални болести**

Регламент на ЕС 883/2004 и 987/2009 (*)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРИТЕЖАТЕЛЯ

Настоящият документ е за осигурени лица, които пътуват, пребивават или имат престой в държава-членка на ЕС, различна от държавата на осигуряването за трудови злополуки и професионални болести (ТЗПБ). Вие трябва да представите настоящия документ на здравната институция/институцията, отговаряща за ТЗПБ в държавата на пребиваване или престой, за да получите право на обезщетения под формата на здравни грижи.

Вие може да имате право на допълнително възстановяване съгласно националните ставки за възстановяване на суми в държавата на престой.

Вашата здравна институция ще Ви предостави информация за това. Вж. списък на здравните институции на адрес: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ЛИЧНИ ДАННИ НА ПРИТЕЖАТЕЛЯ

1.1 Персонален идентификационен номер в компетентната държава-членка

1.2 Фамилия

1.3 Име/на

1.4 Фамилия по рождение (**)

1.5 Дата на раждане

1.6 Статут

 1.6.1 Наето лице 1.6.2 Самостоятелно заето лице 1.6.3 Безработен

1.7 Адрес в държавата на пребиваване/престой

1.7.1 Улица, №

1.7.3 Пощенски код

1.7.2 Град

1.7.4 Код на държавата

2. ПРИТЕЖАТЕЛЯТ ИМА ПРАВО ДА ПОЛУЧАВА ОБЕЗЩЕТЕНИЯ В НАТУРА 2.1.1 за трудова злополука 2.1.2 за професионална болест

2.2 Очакван период на лечение

 2.2.1 за периода, предвиден в разпоредбите на законодателството на неговата държава на пребиваване 2.2.2 начална дата

крайна дата

 2.2.3 за максимален период от три месеца 2.2.4 за неограничен период

(*) член 36 от Регламент (ЕО) № 883/2004 и член 33 от Регламент (ЕО) № 987/2009.

(**) Информация, която притежателят предоставя на институцията, когато същата не е известна на институцията.

DA1



**Право на получаване на здравни
грижи при осигуряване за трудови злополуки
и професионални болести**

3. ПРИТЕЖАТЕЛЯТ ИМА ПРАВО НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПО ПРИЧИНИ НА

- 3.1 трудова злополука, претърпяна 3.1.1 на (дата)
3.1.2 която е довела до следните последици
- 3.2 професионална болест, диагностицирана 3.2.1 на (дата)
3.2.2 която е довела до следните последици
- 3.3 Разрешението, което сме предоставили на засегнатото лице, да запази правата си на обезщетения
в натура в (държава), в която лицето заминава
- 3.3.1 да пребивава
- 3.3.2 да получи медицинско лечение

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕТО НА НАШИЯ ПРЕГЛЕЖДАЩ ЛЕКАР

- 4.1 е приложено в запечатан плик 4.2 може да бъде получено при поискване
- 4.3 е изпратено 4.3.1 на (дата) 4.3.2 до
- 4.4 не е изготвено

5. ИНСТИТУЦИЯ, КОЯТО ПОПЪЛВА ФОРМУЛЯРА

- 5.1 Наименование
- 5.2 Улица, №
- 5.3 Град
- 5.4 Пощенски код 5.5 Код на държавата
- 5.6 Идентификационен номер на институцията
- 5.7 Служебен номер на факс
- 5.8 Служебен телефонен номер
- 5.9 Електронна поща
- 5.10 Дата
- 5.11 Подпис

ПЕЧАТ