

DA1

**Nárok na poskytnutie vecných
dávk z poistenia proti pracovným
úrazom a chorobám z povolania**

Nariadenia EÚ č. 883/04 a č. 987/09 (*)

INFORMÁCIE PRE DRŽITEĽA

Tento dokument je určený poistencom, ktorí sa presťahovali, majú bydlisko alebo pobyt v inom štáte EÚ, ako je štát poistenia proti pracovným úrazom a chorobám z povolania. Aby Vám mohol vzniknúť nárok na vecné dávky, musíte tento dokument predložiť zdravotnej poisťovni/inštitúcii pre pracovné úrazy a choroby z povolania v štáte bydliska alebo pobytu.

Môže Vám vzniknúť nárok na dodatočnú úhradu nákladov, a to podľa národnej refundačnej sadzby v mieste pobytu. Viac informácií Vám poskytne vaša zdravotná poisťovňa. Zoznam zdravotných poisťovní sa nachádza na stránke <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. OSOBNÉ ÚDAJE DRŽITEĽA

1.1 Osobné identifikačné číslo v príslušnom členskom štáte

1.2 Priezvisko

1.3 Meno (á)

1.4 Rodné priezvisko (**)

1.5 Dátum narodenia

1.6 Stav

 1.6.1 Zamestnanec 1.6.2 Samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO) 1.6.3 Nezamestnaný

1.7 Adresa v štáte bydliska/pobytu

1.7.1 Ulica, č.

1.7.3 PSČ

1.7.2 Mesto

1.7.4 Kód krajiny

2. DRŽITEĽ MÔŽE POBERAŤ VECNÉ DÁVKY 2.1.1 za pracovný úraz 2.1.2 za chorobu z povolania

2.2 Predpokladaná dĺžka liečby

 2.2.1 za obdobie stanovené v právnych predpisoch štátu bydliska 2.2.2 od

do

 2.2.3 najviac za tri mesiace 2.2.4 za neobmedzené obdobie

(*) Nariadenie (ES) č. 883/2004, článok 36, a nariadenie (ES) č. 987/2009, článok 33.

(**) Informácie oznámené danej inštitúcii držiteľom v prípade, že inštitúcii nie sú tieto informácie známe.

DA1



Nárok na poskytnutie vecných dávok z poistenia proti pracovným úrazom a chorobám z povolania

3. DRŽITEĽ MÁ PRÁVO NA POSKYTNUTIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI Z DÔVODU

3.1 úrazu, ktorý sa stal v práci 3.1.1 dňa (dátum)

3.1.2 s týmito následkami

3.2 choroby z povolania, ktorá bola diagnostikovaná/zistená 3.2.1 dňa (dátum)

3.2.2 s týmito následkami

3.3 oprávnenia, ktoré sme udelili príslušnej osobe na zachovanie práva

na vecné dávky v (štat), do ktorého vycestuje

3.3.1 na účel bydliska

3.3.2 na účel využitia zdravotnej starostlivosti

4. SPRÁVU NÁŠHO VYŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

4.1 sme priložili v uzavretej obálke

4.2 Vám na požiadanie poskytneme

4.3 sme zaslali

4.3.1 dňa

4.3.2 inštitúcii

4.4 nebola vypracovaná

5. INŠTITÚCIA VYPLŇAJÚCA FORMULÁR

5.1 Názov

5.2 Ulica, č.

5.3 Mesto

5.4 PSČ

5.5 Kód krajiny

5.6 IČ inštitúcie

5.7 Fax

5.8 Telefón

5.9 E-mail

5.10 Dátum

5.11 Podpis

PEČIATKA