

DA1

**Document care atestă dreptul de
a primi asistență medicală în cadrul asigurării
pentru accidente de muncă și boli profesionale**

Regulamentele UE 883/04 și 987/09 (*)

INFORMAȚII PENTRU TITULAR

Acest document se adresează asiguraților care se deplasează, au reședința sau șederea temporară într-un alt stat UE decât statul în care au încheiată asigurarea împotriva accidentelor de muncă și bolilor profesionale (AMBP). Trebuie să prezentați acest document instituției de asistență medicală/AMBP din statul de reședință sau ședere pentru a avea dreptul la asistență medicală.

Puteți avea dreptul la rambursare suplimentară pe baza tarifelor de rambursare naționale de la locul de ședere. Instituția de asistență medicală vă va oferi consiliere în acest sens. Pentru lista instituțiilor de asistență medicală, consultați <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DETALII PERSONALE ALE TITULARULUI

1.1 Cod numeric personal în statul membru competent			
1.2 Nume			
1.3 Prenume			
1.4 Nume la naștere (**)			
1.5 Data nașterii			
1.6 Statut			
☐ 1.6.1 Angajat	☐ 1.6.2 Lucrător independent	☐ 1.6.3 Șomer	
1.7 Adresa în statul de reședință/ședere			
1.7.1 Strada, nr.		1.7.3 Cod poștal	
1.7.2 Orașul		1.7.4 Cod de țară	

2. TITULARUL POATE BENEFICIA DE PRESTAȚII ÎN NATURĂ

☐ 2.1.1 pentru accident de muncă	☐ 2.1.2 pentru boală profesională
2.2 Perioadă de tratament preconizată	
☐ 2.2.1 pe o perioadă prevăzută în dispozițiile legislației statului său de reședință	
☐ 2.2.2 data începerii	data încheierii
☐ 2.2.3 timp de maxim trei luni	☐ 2.2.4 pe o perioadă nelimitată

(*) Regulamentele (CE) nr. 883/2004, articolul 36, și 987/2009, articolul 33.

(**) Informații furnizate instituției de către titular când acestea nu sunt cunoscute de către instituție.

DA1

Document care atestă dreptul de
a primi asistență medicală în cadrul asigurării
pentru accidente de muncă și boli profesionale

3. TITULARUL ARE DREPTUL LA ASISTENȚĂ MEDICALĂ DIN MOTIVE LEGATE DE

☐ 3.1 Accidentul suferit la locul de muncă

3.1.1 la (data)

3.1.2 care a avut următoarele consecințe

☐ 3.2 Boala profesională diagnosticată

3.2.1 la (data)

3.2.2 care a avut următoarele consecințe

☐ 3.3 Autorizația pe care am acordat-o persoanei în cauză pentru a-și păstra drepturile la prestații

în natură în

(statul) în care pleacă

☐ 3.3.1 pentru a-și avea reședința☐ 3.3.2 pentru a primi tratament medical

4. RAPORTUL MEDICULUI NOSTRU EXAMINATOR

☐ 4.1 este atașat într-un plic sigilat☐ 4.2 poate fi obținut la cerere☐ 4.3 a fost trimis

4.3.1 la

4.3.2 către

☐ 4.4 nu a fost întocmit

5. INSTITUȚIA CARE COMPLETEAZĂ FORMULARUL

5.1 Nume

5.2 Strada, nr.

5.3 Orașul

5.4 Cod poștal

5.5 Cod de țară

5.6 Numărul de identificare al instituției

5.7 Număr de fax la birou

5.8 Număr de telefon la birou

5.9 E-mail

5.10 Data

5.11 Semnătura

ȘTAMPILĂ

Casa Teritorială de Pensii
 Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale
 Nr. /

C E R E R E
pentru eliberarea documentului portabil DA1

Subsemnatul(a),, CNP, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bloc, scara, etaj, apartament, județul/sectorul, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria numărul, eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, telefon, e-mail, asigurat în sistemul de asigurare la accidente de muncă și boli profesionale din România în calitate de salariat/independent,
 prin prezenta solicit eliberarea documentului portabil DA1 în conformitate cu prevederile art. 36 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și art. 33 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, pentru, în statul, adresa

Atașez următoarele documente:

- ☐ actul de identitate B.I./C.I./pașaport, după caz — copie;
- ☐ formularul de înregistrare a accidentului de muncă/fișa de declarare a bolii profesionale — copie;
- ☐ adeverința de la angajator;
- ☐ contractul individual de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale — copie;
- ☐ dovada plății contribuției — pentru lucrătorii independenți;
- ☐ documentul portabil A1, după caz;
- ☐ copie de pe documentul care atestă schimbarea numelui.

Doresc să primesc documentul portabil DA1

- ☐ prin poștă, cu confirmare de primire, la următoarea adresă:
- ☐ personal, la sediul CTP.

Data

Semnătura

Casa Teritorială de Pensii
 Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale
 Nr. /

C E R E R E
pentru acordarea de prestații în natură în baza documentului portabil DA1

Subsemnatul(a),, CNP în statul:, CNP în România:, adresa în statul:, adresa în România:, tel:, e-mail:, prin prezenta solicit acordarea de prestații în natură, respectiv

pentru accidentul de muncă/boala profesională intervenit(ă) în țara la data de în conformitate cu prevederile art. 36 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și al art. 33 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială în baza:

prezentei cereri ☐
 documentului DA1 ☐ emis de la data de, pentru perioada

Atașez următoarele documente:

-
-
-
-
-
-

Instituția la care rămân asigurat pentru accidente de muncă și boli profesionale (denumirea și adresa) este:

Data

Semnătura