



Diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Regolamenti (CE) 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Il presente documento è destinato a un assicurato che si sposta verso, risiede o soggiorna in uno Stato membro dell'UE diverso da quello in cui è assicurato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Dovete presentare questo documento all'istituzione responsabile dell'assistenza sanitaria/degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nello Stato di residenza o di soggiorno per acquisire titolo a prestazioni sanitarie. Potete avere eventualmente diritto a un rimborso supplementare conformemente ai tassi di rimborso nazionali del luogo di soggiorno.

L'istituzione responsabile dell'assistenza sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome/i

1.3 Nome/i

1.4 Cognome di nascita (**)

1.5 Data di nascita

1.6 Qualifica

1.6.1 Lavoratore subordinato 1.6.2 Lavoratore autonomo 1.6.3 Disoccupato

1.7 Indirizzo nel paese di residenza/soggiorno

1.7.1 Via, n.

1.7.3 Codice postale

1.7.2 Città

1.7.4 Sigla paese

2. IL TITOLARE PUÒ RICEVERE PRESTAZIONI IN NATURA

2.1.1 per un infortunio sul lavoro

2.1.2 per una malattia professionale

2.2 Periodo previsto del trattamento

2.2.1 per un periodo stabilito nelle disposizioni della legislazione del suo paese di residenza

2.2.2 data d'inizio

data di fine

2.2.3 per un massimo di tre mesi

2.2.4 per un periodo illimitato

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articolo 36, e 987/2009, articolo 33.

(**) Informazione fornita all'Istituzione dall'interessato quando non è nota all'Istituzione.

DA1



**Diritto alla copertura sanitaria
a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni
sul lavoro e le malattie professionali**

3. IL TITOLARE HA DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA A MOTIVO DI

- 3.1 L'infortunio sul lavoro sofferto** **3.1.1 in data**
3.1.2 che ha avuto le seguenti conseguenze
- 3.2 La malattia professionale diagnosticata** **3.2.1 in data**
3.2.2 che ha avuto le seguenti conseguenze
- 3.3 L'autorizzazione che abbiamo concesso all'interessato a mantenere il diritto a prestazioni**
in natura nel (Stato) in cui si reca
- 3.3.1 per prendervi la residenza 3.3.2 per ricevere un trattamento medico

4. LA RELAZIONE DEL NOSTRO MEDICO D'UFFICIO

- 4.1 è allegata in busta sigillata 4.2 può essere ottenuta a richiesta
- 4.3 è stata inviata
4.3.1 in data 4.3.2 a
- 4.4 non è stata compilata

5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

- 5.1 Denominazione
- 5.2 Via, n.
- 5.3 Città
- 5.4 Codice postale 5.5 Sigla paese
- 5.6 Numero di identificazione dell'istituzione
- 5.7 Fax ufficio n.
- 5.8 Telefono ufficio n.
- 5.9 E-mail
- 5.10 Data
- 5.11 Firma

TIMBRO