

DA1



Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce document est destiné aux assurés qui se déplacent, résident ou séjournent dans un État membre de l'UE autre que celui dans lequel ils sont assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP). Vous devez présenter ce document à l'organisme d'assurance maladie ou d'assurance AT/MP de l'État de résidence ou de séjour pour pouvoir bénéficier des prestations de soins de santé nécessaires.

Vous pouvez éventuellement avoir droit à un remboursement complémentaire en fonction des taux de remboursement nationaux du lieu de séjour.

Contactez votre institution d'assurance maladie pour plus d'informations à ce sujet. Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent

1.2 Nom

1.3 Prénoms

1.4 Nom de naissance (**)

1.5 Date de naissance

1.6 Situation

1.6.1 Travailleur salarié

1.6.2 Travailleur non salarié

1.6.3 Chômeur

1.7 Adresse dans l'État de résidence/de séjour

1.7.1 Rue, n°

1.7.3 Code postal

1.7.2 Ville

1.7.4 Code du pays

2. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE PRESTATIONS EN NATURE

2.1.1 pour accident de travail

2.1.2 pour maladie professionnelle

2.2 Durée prévue des soins

2.2.1 durée fixée par les dispositions de la législation de l'État de sa résidence

2.2.2 date de début

date de fin

2.2.3 pendant trois mois maximum

2.2.4 pour une durée illimitée

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, article 36, et (CE) n° 987/2009, article 33.

(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

DA1



**Droits aux prestations en nature
au titre de l'assurance contre les accidents
du travail et les maladies professionnelles**

3. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE SOINS DE SANTÉ DU FAIT DE

- 3.1 l'accident du travail survenu 3.1.1 le (date)
3.1.2 qui a entraîné les conséquences suivantes
- 3.2 la maladie professionnelle qui a été constatée 3.2.1 le (date)
3.2.2 qui a entraîné les conséquences suivantes
- 3.3 L'autorisation accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations
en nature en/au(x)/à (État) où il/elle se rend
- 3.3.1 pour y établir sa résidence 3.3.2 pour y recevoir des soins

4. LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN-CONSEIL

- 4.1 est joint sous pli fermé 4.2 peut être obtenu sur demande
- 4.3 a été envoyé
4.3.1 le 4.3.2 à
- 4.4 n'a pas été établi

5. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

- 5.1 Nom
- 5.2 Rue, n°
- 5.3 Ville
- 5.4 Code postal 5.5 Code du pays
- 5.6 N° d'identification de l'institution
- 5.7 N° de télécopie (bureau)
- 5.8 N° de téléphone (bureau)
- 5.9 Adresse électronique
- 5.10 Date
- 5.11 Signature

CACHET