

DA1

**Recht op verstrekkingen door de verzekering
voor arbeidsongevallen en beroepsziekten**

Verordeningen (EG) nrs. 883/04 en 987/09 (*)

INFORMATIE VOOR DE HOUDER

Dit document is voor verzekerden die zich begeven naar, woonachtig zijn in of verblijven in een andere lidstaat van de EU dan de lidstaat waar zij verzekerd zijn tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten.

U dient dit document over te leggen aan uw ziekteverzekeraar of het orgaan van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering in het land waar u woont of verblijft om in aanmerking te komen voor prestaties van de gezondheidszorg.

U kunt eventueel recht hebben op een aanvullende vergoeding overeenkomstig de nationale vergoedingstarieven in het land waar u verblijft. Uw ziekteverzekeraar kan u hierover nader informeren.

Zie <http://ec.europa.eu/social-security-directory/> voor een lijst van ziekteverzekeraars

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE HOUDER

1.1 Persoonlijk identificatienummer in de bevoegde lidstaat

1.2 Familiennaam

1.3 Voornamen

1.4 Familiennaam bij geboorte (**)

1.5 Geboortedatum

1.6 Status

☐ 1.6.1 Werknemer☐ 1.6.2 Zelfstandige☐ 1.6.3 Werkloze

1.7 Adres in het land van woonplaats/verblijf

1.7.1 Straat en huisnummer

1.7.3 Postcode

1.7.2 Plaats

1.7.4 Landcode UK

2. DE HOUDER HEEFT RECHT OP VERSTREKKINGEN☐ 2.1.1 bij arbeidsongevallen☐ 2.1.2 bij beroepsziekten

2.2 Verwachte duur van de behandeling

☐ 2.2.1 voor een periode zoals bepaald in de wetgeving van het land waar hij woonachtig is☐ 2.2.2 begindatum

einddatum

☐ 2.2.3 voor maximaal drie maanden☐ 2.2.4 voor een onbepaalde periode

(*) Verordening (EG) nr. 883/2004, artikel 36, en Verordening (EG) nr. 987/2009, artikel 33.

(**) Door de houder aan het orgaan verstrekte informatie als het orgaan deze informatie nog niet heeft.

DA1

Recht op verstrekkingen door de verzekering
voor arbeidsongevallen en beroepsziekten

3. DE HOUDER HEEFT RECHT OP GEZONDHEIDSZORG OP GROND VAN

- ☐ 3.1 het arbeidsongeval waarbij hij betrokken was 3.1.1 op (datum)
3.1.2 met de hierna genoemde gevolgen
- ☐ 3.2 de vastgestelde beroepsziekte 3.2.1 op (datum)
3.2.2 met de hierna genoemde gevolgen
- ☐ 3.3 de toestemming die wij de betrokkene hebben verleend om zijn recht op verstrekkingen
te behouden in UK (land) waarheen hij zich begeeft
- ☐ 3.3.1 om zich daar te vestigen ☐ 3.3.2 om een medische behandeling te ondergaan

4. HET VERSLAG VAN ONZE MEDISCH ADVISEUR

- ☐ 4.1 is bijgevoegd in een verzegelde envelop ☐ 4.2 kan op verzoek worden toegezonden
- ☐ 4.3 is verzonden 4.3.1 op 4.3.2 aan
- ☐ 4.4 is niet opgesteld

5. ORGAAN DAT HET FORMULIER INVULT

- 5.1 Naam
- 5.2 Straat en huisnummer
- 5.3 Plaats
- 5.4 Postcode 5.5 Landcode UK
- 5.6 Identificatienummer van het orgaan
- 5.7 Faxnummer op kantoor
- 5.8 Telefoonnummer op kantoor
- 5.9 E-mail
- 5.10 Datum
- 5.11 Handtekening

STEMPEL