Model 2

Teritorială de Pensii .................................

Compartimentul accidente de muncă şi boli profesionale

Nr. ............./..................

CERERE

pentru acordarea de prestaţii în natură în baza documentului portabil DA1/formularului E123

Subsemnatul(a), .....................................................,

CNP în statul: ......................................................,

CNP în România: .....................................................,

adresa în statul: ...................................................,

adresa în România: ..................................................,

tel: ............., e-mail: .........................................,

prin prezenta solicit acordarea de prestaţii în natură, respectiv:

- ....................................................................

- ....................................................................

pentru accidentul de muncă/boala profesională produs(ă) în ţara ..................... la data de ..................., în conformitate cu prevederile art. 36 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială şi al art. 33 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European şi 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/ formularul E123 emis de ...................... la data de ..............,pentru perioada ............................

 - documente medicale:

 - ..................................................;

 - ..................................................;

 - ..................................................;

 - ..................................................;

 - ..................................................;

 - ...................................................

Instituţia la care rămân asigurat pentru accidente de muncă şi boli profesionale (denumirea şi adresa) este: .............................

Data ...............................

Semnătura ..........................