Το έγγραφο αυτό συνιστά βοήθημα τεκμηρίωσης και δεν δεσμεύει τα κοινοτικά όργανα

►**B**

ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 153

της 7ης Οκτωβρίου 1993

σχετικά με τα υποδείγματα εντύπων που απαιτούνται κατ' εφαρμογή των κανονισμών του Συμβουλίου (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 (Ε 001, Ε 103 έως Ε 127)

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(94/604/ΕΚ)

(ΕΕ L 244 της 19.9.1994, σ. 22)

Τροποποιείται από:

		Επίσημη Εφημερίδα		
		αριθ.	σελίδα	ημερομηνία
►**M1**	Απόφαση 98/441/ΕΚ αριθ. 166 της 2ας Οκτωβρίου 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	Απόφαση 98/443/ΕΚ αριθ. 168 της 11ης Ιουνίου 1998	L 195	37	11.7.1998

▼B

ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 153

της 7ης Οκτωβρίου 1993

σχετικά με τα υποδείγματα εντύπων που απαιτούνται κατ' εφαρμογή των κανονισμών του Συμβουλίου (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 (Ε 001, Ε 103 έως Ε 127)

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(94/604/ΕΚ)

Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ,

Έχοντας υπόψη:

το άρθρο 81 στοιχείο α) του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου της 14ης Ιουνίου 1971 περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και στα μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας, σύμφωνα με το οποίο αποτελεί καθήκον της διοικητικής επιτροπής να χειρίζεται όλα τα διοικητικά θέματα που απορρέουν από τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και τους μεταγενέστερους κανονισμούς,

το άρθρο 2 παράγραφος 1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου της 21ης Μαρτίου 1972 σύμφωνα με το οποίο αποτελεί καθήκον της διοικητικής επιτροπής να συντάσσει υποδείγματα πιστοποιητικών, βεβαιώσεων, δηλώσεων, αιτήσεων και άλλων εγγράφων, αναγκαίων για την εφαρμογή των κανονισμών,

την απόφαση αριθ. 130 της 17ης Οκτωβρίου 1985 που θεσπίζει και προσαρμόζει τα υποδείγματα εντύπων που απαιτούνται για την εφαρμογή των κανονισμών,

Εκτιμώντας:

ότι αυτά τα υποδείγματα εντύπων πρέπει να προσαρμόζονται με σκοπό να λαμβάνονται υπόψη οι τροποποιήσεις που έχουν επέλθει στην εθνική νομοθεσία των κρατών μελών·

ότι η συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο της 2ας Μαΐου 1992, όπως προσαρμόστηκε από το πρωτόκολλο της 17ης Μαρτίου 1993 παράρτημα VI, εφαρμόζει τους κανονισμούς του Συμβουλίου (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο·

ότι με απόφαση της μεικτής επιτροπής του ΕΟΧ τα υποδείγματα εντύπων που απαιτούνται για την εφαρμογή των κανονισμών του Συμβουλίου (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 κια (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, θα προσαρμοσθούν και θα εφαρμόζονται εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου·

ότι, για πρακτικούς λόγους, πρέπει να χρησιμοποιούνται πανομοιότυπα έντυπα εντός της Κοινότητας και εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου·

ότι, ενόψει της προβλεπόμενης συμμετοχής του Λιχτενστάιν στον ΕΟΧ σε μεταγενέστερο στάδιο, τα έντυπα αυτά πρέπει επίσης να προσαρμοστούν όσον αφορά το Λιχτενστάιν·

ότι η γλώσσα στην οποία πρέπει να συντάσσονται τα έντυπα έχει αποφασισθεί με τη σύσταση αριθ. 15 της διοικητικής επιτροπής,

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ:

1. Τα υποδείγματα των εντύπων Ε 001, Ε 103 — Ε 127 που έχουν αναπαραχθεί στην απόφαση αριθ. 130 θα αντικατασταθούν με τα υποδείγματα που αναφέρονται κατωτέρω.

▼B

2. Οι αρμόδιες αρχές των κρατών μελών θα διαθέτουν στα ενδιαφερόμενα πρόσωπα (δικαιούχοι αιτούντες, φορείς, εργοδότες κ.λπ.) τα έντυπα σύμφωνα με τα παρακάτω υποδείγματα.

3. Κάθε έντυπο είναι διαθέσιμο στις επίσημες γλώσσες της Κοινότητας και εμφανίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι διάφορες εκδόσεις να είναι πλήρως επικαλύψιμες, για να επιτρέπουν σε κάθε παραλήπτη (δικαιούχο, ιδρύματα, εργοδότες κ.λπ.) να λαμβάνει τυπογραφημένο έντυπο στην εθνική του γλώσσα.

4. Η απόφαση αυτή θα είναι εφαρμοστέα από την πρώτη ημέρα του μηνός που έπεται της δημοσίευσής της στην *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*.

Η πρόεδρος της διοικητικής επιτροπής

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Κατάλογος των εντύπων

Ε 001 — Αίτηση πληροφοριών, κοινοποίηση πληροφοριών, αίτηση εντύπων, υπόμνηση σχετικά με εργάζομενο μισθωτό εργαζόμενο μη μισθωτό, μεθοριακό εργαζόμενο, συνταξιούχο, άνεργο, δικαιοδόχο

Ε 103 — Άσκηση του δικαιώματος επιλογής

Ε 104 — Βεβαίωση για το συνυπολογισμό των περιόδων ασφάλισης, απασχόλησης ή κατοικίας

Ε 105 — Βεβαίωση για τα μέλη της οικογένειας του μισθωτού ή μη μισθωτού, που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τον υπολογισμό του ποσού των χρηματικών παροχών σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία

Ε 106 — Βεβαίωση δικαιώματος για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος, σε περίπτωση κατοικίας σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος

Ε 107 — Αίτηση για βεβαίωση δικαιώματος παροχών σε είδος

Ε 108 — Γνωστοποίηση αναστολής ή παύσεως του δικαιώματος για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος

Ε 109 — Βεβαίωση για την εγγραφή των μελών της οικογένειας μισθωτού ή μη μισθωτού και την τήρηση των καταστάσεων

Ε 110 — Βεβαίωση για μισθωτούς εργαζομένους σε διεθνείς μεταφορές

Ε 111 — Βεβαίωση δικαιώματος για παροχές σε είδος κατά την διάρκεια προσωρινής διαμονής σε κράτος μέλος

Ε 112 — Βεβαίωση διατήρησης του δικαιώματος για χορηγούμενες ήδη παροχές της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας

Ε 113 — Νοσηλεία: Γνωστοποίηση εισαγωγής και εξόδου

Ε 114 — Χορήγηση παροχών σε είδος μεγάλης σημασίας

Ε 115 — Αίτηση για χρηματικές παροχές λόγω ανικανότητας προς εργασία

Ε 116 — Ιατρική γνωμάτευση ανικανότητας για εργασία (ασθένεια, μητρότητα, εργατικό ατύχημα, επαγγελματική ασθένεια)

Ε 117 — Καταβολή χρηματικών παροχών σε περίπτωση μητρότητας και ανικανότητας για εργασία

Ε 118 — Ειδοποίηση για μη αναγνώριση ή για λήξη της ανικανότητας προς εργασία

Ε 119 — Βεβαίωση του δικαιώματος των ανέργων και των μελών της οικογένειάς τους για παροχές ασθένειας και μητρότητας

Ε 120 — Βεβαίωση δικαιώματος για παροχές σε είδος των αιτούντων συντάξεις και των μελών της οικογένειας τους

Ε 121 — Βεβαίωση για την εγγραφή των συνταξιούχων και την τήρηση των καταστάσεων

Ε 122 — Βεβαίωση για χορήγηση παροχών σε είδος στα μέλη της οικογένειας των συνταξιούχων

Ε 123 — Βεβαίωση δικαιώματος για παροχές σε είδος της ασφάλισης κατά των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών

Ε 124 — Αίτηση επιδόματος θανάτου

Ε 125 — Ατομική κατάσταση πραγματικών δαπανών

Ε 126 — Τιμολόγηση για απόδοση δαπάνης παροχών σε είδος

Ε 127 — Ατομική κατάσταση των μηνιαίων εφάπαξ (κατ' αποκοπή) ποσών

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Αίτηση πληροφοριών**
☐ **Κοινοποίηση πληροφοριών**
☐ **Αίτηση εντύπων**
☐ **Υπόμνηση**

σχετικά με

☐ **εργαζόμενο μισθωτό**
☐ **εργαζόμενο μη μισθωτό**
☐ **μεθοριακό εργαζόμενο**
☐ **συνταξιούχο**
☐ **αιτούντα σύνταξη**
☐ **άνεργο**
☐ **δικαιοδόχο**

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 84

Ο φορέας αποστολής (της αιτήσεως) συμπληρώνει το μέρος Α και στέλνει δύο αντίτυπα του εντύπου στο φορέα προορισμού. Ο τελευταίος συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίτυπο στο φορέα αποστολής. Το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται ως συμπλήρωμα άλλων εντύπων ή για ανταλλαγή πληροφοριών, οι οποίες δεν αναφέρονται ρητά στο πλαίσιο των εντύπων, τα οποία όμως δεν υποκαθιστά σε καμιά περίπτωση.

Μέρος Α

1 Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

2 Πληροφορίες που αφορούν τον ασφαλισμένο (3)

2.1 Επώνυμο (4) .....
2.2 Το γένος (4) .....
2.3 Ονόματα (5) .....
2.4 Προηγούμενα επώνυμα (6) .....
2.5 Φύλο (7) .....

3 Υπηκοότητα (8) ..... DNI (9) .....

4 Στοιχεία γεννήσεως

4.1 Ημερομηνία (10) .....
4.2 Τόπος (11) .....
4.3 Νομός ή επαρχία (12) .....
4.4 Χώρα (13) .....

5 Αριθμός ασφαλιστικού μητρώου

5.1 Στο φορέα αποστολής του εντύπου .....
5.2 Στο φορέα προορισμού του εντύπου .....

6 Διεύθυνση (2) .....
.....

7 Πληροφορίες που αφορούν το φάκελο

7.1 Τύπος παροχής
.....
7.2 Αριθμός φακέλου στο φορέα αποστολής του εντύπου
.....
7.3 Αριθμός φακέλου στο φορέα προορισμού του εντύπου
.....

▼B

E 001

8 Δικαιοδόχος (14)

8.1 Επώνυμο (4)
.....

8.2 Ονόματα ..... Το γένος (4) .....

8.3 Τόπος γεννήσεως (11) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

8.4 Φύλο ..... Υπηκοότητα ..... DNI (9) .....

8.5 Διεύθυνση (2): .....
.....

9 ☐ Αίτηση ☐ Υπόμνηση της αίτησης της (ημερομηνία) .....

Παρακαλούμε να μας στείλετε για το πρόσωπο ☐ 2 ☐ 8 που αναγράφεται στο πλαίσιο

9.1 ☐ τα ακόλουθα έντυπα .....

9.2 ☐ τα ακόλουθα έγγραφα .....
.....

9.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες .....
.....

9.4 Λόγος της αίτησης .....

10 Μεταβολή της κατάστασης: έγιναν οι εξής αλλαγές

.....
.....
.....
.....

11 Διάφορα

.....
.....
.....
.....
.....

12 Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α

12.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (15) .....

12.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

12.3 Σφραγίδα

12.4 Ημερομηνία .....

12.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 001

Μέρος Β

13

Απαντώντας στην αίτησή σας της ..... διαβιβάζουμε συνημμένα

13.1 ☐ τα ακόλουθα έντυπα .....

13.2 ☐ τα ακόλουθα έγγραφα .....

.....

13.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες .....

.....

14

Απαντώντας στην αίτησή σας της .....

σας γνωρίζουμε ότι είναι, δυστυχώς, αδύνατο να σας διαβιβάσουμε

14.1 ☐ τα ακόλουθα έντυπα .....

14.2 ☐ τα ακόλουθα έγγραφα .....

14.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες

14.4 ☐ Αιτιολογία .....

.....

.....

15 Διάφορα

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ Σε συνέχεια του εντύπου που μας διαβιβάσατε την .....

σας πληροφορούμε ότι λάβαμε τις πληροφορίες που αναφέρονται στο πλαίσιο 10

17 Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Β

17.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός ([15]).....

17.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

17.3 Σφραγίδα

17.4 Ημερομηνία .....

17.5 Υπογραφή

.....

▼B

E 001

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμα και αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ-Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας εξετάσεως (της αιτήσεως): B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, πόλη, ταχυδρομικός τομέας, χώρα.

(3) Οι ενδείξεις 2.1 μέχρι 2.7, που περιέχουν τα στοιχεία ταυτότητας του ενδιαφερομένου, να συμπληρώνονται όπου τούτο κρίνεται αναγκαίο.

(4) — Ως επώνυμο νοείται το σύνηθες επώνυμο ή εκείνο που αποκτάται με το γάμο. Εάν το έντυπο συμπληρώνεται από ολλανδικό φορέα και εάν ο ασφαλισμένος ή ο δικαιοδόχος είναι παντρεμένη γυναίκα ή γυναίκα που είχε παντρευτεί στο παρελθόν, σημειώστε ως επώνυμο εκείνο του παρόντος ή του τελευταίου συζύγου.
— Το επώνυμο κατά τη γέννηση (το γένος) πρέπει πάντα να αναγράφεται· στην περίπτωση που ταυτίζεται με το σύνηθες επώνυμο, σημειώνεται η ένδειξη «Idem» (το ίδιο). Αν το έντυπο συμπληρώνεται από ολλανδικό φορέα και ο ασφαλισμένος ή ο δικαιοδόχος είναι παντρεμένη γυναίκα ή γυναίκα που είχε παντρευτεί κατά το παρελθόν σημειώστε το γένος (επώνυμο κατά τη γέννηση).
— Οι ενδείξεις «επιλεγόμενος» ή «έτερα» και όλα τα μόρια που συνοδεύουν το επώνυμο πρέπει να αναγράφονται λεπτομερώς και κατά τη σειρά που ακολουθείται στο πιστοποιητικό γεννήσεως.
— Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
— Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμα, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(5) Σημειώστε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναγράφονται στο πιστοποιητικό γεννήσεως.

(6) Συμπληρώνεται κυρίως σε περίπτωση υιοθεσίας ή χρησιμοποίησης προσωνυμιών που ισχύουν στην προκείμενη περίπτωση. Επεξηγήσεις όπως «επιλεγόμενος» ή «έτερα» πρέπει να αναγράφονται λεπτομερώς κατά τη σειρά που ακολουθείται στο πιστοποιητικό γεννήσεως.

(7) M = άρρεν· F = θήλυ.

(8) Όπου χρειάζεται, αναφέρατε την ημερομηνία πολιτογράφησης.

(9) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), αν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν».

(10) Η ημέρα και ο μήνας προσδιορίζονται με δύο αριθμούς το καθένα και το έτος με τέσσερις αριθμούς (παράδειγμα: 1η Αυγούστου 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Για τις γαλλικές πόλεις που περιλαμβάνουν περισσότερες διοικητικές περιφέρειες, σημειώστε τον αριθμό του διοικητικού διαμερίσματος (παράδειγμα: Παρίσι 14). Για κάθε τόπο στην Πορτογαλία, σημειώστε επίσης την ενορία και την κοινότητα.

(12) Υποχρεωτικό στοιχείο για ασφαλισμένους ισπανικής, γαλλικής ή ιταλικής υπηκοότητας· αυτός ο υπότιτλος περιέχει, ανάλογα με τη χώρα, την ένδειξη του διοικητικού διαμερίσματος στο οποίο ανήκει ο τόπος γεννήσεως [π.χ. για τη Γαλλία, αν η κοινότητα γεννήσεως είναι η Λίλλη, πρέπει να σημειωθεί το διοικητικό διαμέρισμα γεννήσεως με την ένδειξη «Nord» (Βορράς), σε συνδυασμό με τον κωδικό αριθμό του διαμερίσματος, στην προκειμένη περίπτωση «59», εφόσον ο τελευταίος είναι γνωστός στον ασφαλισμένο. Η παρεχόμενη, λοιπόν, πληροφορία θα πρέπει να είναι «Nord 59» (Βορράς 59)]. Για τους γεννηθέντες στην Ισπανία, σημειώστε μόνο την επαρχία.

(13) Σύμβολο της χώρας γεννήσεως του ασφαλισμένου, κωδικοποιημένης σύμφωνα με τον διεθνή κώδικα τροχοφόρων αυτοκινήτων.

(14) Συμπληρώνεται, αν υπάρχει λόγος.

(15) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 103 ☐ (1)

ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 16.2 και 3
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 13.2 και 3· άρθρο 14.1 και 2

Αφού συμπληρώσει το μέρος Α του εντύπου σύμφωνα με τα στοιχεία α) και β) των οδηγιών, ο εργαζόμενος οφείλει να το προσκομίσει ή να το ταχυδρομήσει σύμφωνα με τα στοιχεία α) και γ) των οδηγιών. Ο φορέας που λαμβάνει το έντυπο, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίτυπο στον εργαζόμενο.

Α. Επιλογή

1 Ο υπογράφων

1.1 Επώνυμο (1α) .....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) .....

1.3 Ημερομηνία γεννήσεως ..... Υπηκοότητα ..... DNI (1β) .....

1.4 Διεύθυνση (2) .....
.....

1.5 Αριθμός ταυτότητας (1γ) .....

2 απασχολούμενος από .....

2.1 (3) ☐ ως ..... στην παρακάτω διπλωματική αποστολή ή προξενική υπηρεσία
.....

2.2 (3) ☐ ως (4) .....
στην προσωπική υπηρεσία του εργοδότη (5) .....
υπαλλήλου της παρακάτω διπλωματικής αποστολής ή της προξενικής υπηρεσίας.....

2.3 (3) ☐ ως έκτακτος υπάλληλος των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων,

3 δηλώνω ότι επιλέγω την υπαγωγή μου στη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλισης

3.1 (6) ☐ του κράτους του οποίου είμαι υπήκοος

3.2 (6) ☐ του κράτους στη νομοθεσία του οποίου υπαγόμουν τελευταία, δηλαδή στη νομοθεσία του (της/των)

(6) ☐ Βελγίου ☐ Δανίας ☐ Γερμανίας ☐ Ελλάδας ☐ Ισπανίας
(6) ☐ Γαλλίας ☐ Ιρλανδίας ☐ Ιταλίας ☐ Λουξεμβούργου ☐ Κάτω Χωρών
(6) ☐ Πορτογαλίας ☐ Ηνωμένου Βασιλείου
(6) ☐ Αυστρίας ☐ Φινλανδίας ☐ Ισλανδίας ☐ Λιχτενστάιν ☐ Νορβηγίας
(6) ☐ Σουηδίας

4 Τόπος και ημερομηνία .....

5 Υπογραφή
.....

6 Αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που υπόγραψε σύμβαση εργασίας με τον έκτακτο υπάλληλο

6.1 Επωνυμία .....

6.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

6.3 Σφραγίδα

6.4 Ημερομηνία .....

6.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 103

Β. Βεβαίωση

7 Λάβαμε γνώση ότι ο εργαζόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 1 υπάγεται στη νομοθεσία του (της/των)

(6) ☐ Βελγίου ☐ Δανίας ☐ Γερμανίας ☐ Ελλάδας ☐ Ισπανίας
(6) ☐ Γαλλίας ☐ Ιρλανδίας ☐ Ιταλίας ☐ Λουξεμβούργου ☐ Κάτω Χωρών
(6) ☐ Πορτογαλίας ☐ Ηνωμένου Βασιλείου
(6) ☐ Αυστρίας ☐ Φινλανδίας ☐ Ισλανδίας ☐ Λιχτενστάιν ☐ Νορβηγίας
(6) ☐ Σουηδίας

7.1 από .....

7.2 για το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θα διατηρεί την απασχόληση που αναγράφεται στο μέρος Α (7)

8 Φορέας που έχει οριστεί από τη αρμόδια αρχή

8.1 Επωνυμία (τίτλος) .....

8.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

8.3 Σφραγίδα

8.4 Ημερομηνία .....

8.5 Υπογραφή

.....

▼B

E 103

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή (σε τρία αντίτυπα) και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήση πληροφορία.

Για το προσωπικό των διπλωματικών αποστολών ή των προξενικών υπηρεσιών και για τους ιδιωτικούς οικιακούς βοηθούς τους

α) Αφού συμπληρώσετε το μέρος Α του εντύπου, εκτός από το πλαίσιο 6, παραδώστε ένα αντίτυπο του εντύπου στον εργοδότη σας και στείλτε δύο αντίτυπα στο φορέα που έχει ορίσει η αρμόδια αρχή του κράτους τη νομοθεσία του οποίου έχετε επιλέξει, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** *στο «Office national de sécurité sociale» (Εθνικός οργανισμός κοινωνικής ασφάλισης), στις Βρυξέλλες·*

στη **Δανία,** στη «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» *(Εθνική υπηρεσία κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας), στην Κοπεγχάγη·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn» (Τοπικό ταμείο ασθενείας της Βόννης), στη Βόννη·*

στην **Ελλάδα,** *στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ)·*

στην **Ισπανία,** *στο «Tesoreria General de la Seguridad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social» (Γενικό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης — Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης), στη Μαδρίτη·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance maladie de Paris» (ταμείο ασφάλισης ασθενείας του Παρισιού)·*

στην **Ιρλανδία,** *στο «Department of Social Welfare» (Υπουργείο κοινωνικής πρόνοιας), στο Δουβλίνο·*

στην **Ιταλία,** *στην αρμόδια τοπική έδρα του «Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Εθνικό ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας)·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στην «Inspection générale de la sécurité sociale» (Γενική επιθεώρηση κοινωνικής ασφάλισης), στο Λουξεμβούργο·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «Sociale Verzekeringsraad» (Συμβούλιο κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Zoetermeer·*

στην **Πορτογαλία,** *στην «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Υπηρεσία διεθνών σχέσεων και συμβάσεων κοινωνικών ασφαλίσεων), στη Λισσαβώνα·*

στη **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στο «Department of Social Security, Contributions Agency, Overseas Contributions» (Υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης, υπηρεσία εισφορών, εισφορές εξωτερικού) στο Newcastle upon Tyne, ή στο «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Υπηρεσία κοινωνικής ασφααλισης της Βόρειας Ιρλανδίας, μονάδα εξωτερικού) στο Μπέλφαστ, ανάλογα με την περίπτωση·*

στην **Αυστρία,** *στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ασθενείας·*

στη **Φινλανδία,** *στο «Eläketurvakeskus» (Κεντρικός οργανισμός συντάξεων και κοινωνικής ασφάλισης), στο Ελσίνκι·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Εθνικός οργανισμός ασφάλισης για την κοινωνική ασφάλιση στο εξωτερικό), στο Όσλο·*

στη **Σουηδία,** *στο «Riksförsäkringsverket» (Εθνικό συμβούλιο κοινωνικής ασφάλισης), στη Στοκχόλμη·*

Για την αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που έχει εξουσιοδοτηθεί να συνάπτει συμβάσεις εργασίας με το έκτακτο προσωπικό

β) Αν κατά την πρόσληψή του, ο έκτακτος υπάλληλος εκφράσει την επιθυμία να ασκήσει το δικαίωμα επιλογής, η εξουσιοδοτημένη αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων πρέπει να του υποδείξει να συμπληρώσει το μέρος Α του εντύπου, εκτός από το πλαίσιο 6, το οποία συμπληρώνει αυτή η ίδια αρχή.

γ) Δύο αντίτυπα του εντύπου πρέπει να σταλούν στο φορέα που έχει ορίσει η αρμόδια αρχή του κράτους μέλους, στη νομοθεσία του οποίου έχει επιλέξει να υπάγεται ο ενδιαφερόμενος [βλέπε παραπάνω, στοιχείο α)].

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ-Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(1β) Για τους ισπανούς πολίτες σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα DNI, εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν».

(1γ) Για τους εργαζομένους που υπάγονται στη βελγική νομοθεσία, σημειώστε τον αριθμό μητρώου.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα, αριθμός τηλεφώνου.

(3) Συμπληρώνονται οι ενδείξεις 2.1, 2.2 ή 2.3, ανάλογα με την ιδιότητα του εργαζομένου που συμπληρώνει το έντυπο, βάζοντας ένα σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο.

(4) Σημειώνεται η ειδικότητα απασχόλησης του ενδιαφερομένου: οδηγός, μάγειρας κλπ.

(5) Σημειώστε το επώνυμο και τα ονόματα του εργοδότη.

(6) Συμπληρώστε με σταυρό το τετράγωνο που προηγείται. Υπόψη ότι οι εργαζόμενοι σε διπλωματικές αποστολές ή προξενικές υπηρεσίες, καθώς και αυτοί που ανήκουν στην προσωπική υπηρεσία των υπαλλήλων τέτοιων αποστολών ή υπηρεσιών, μπορούν να επιλέξουν μόνο τη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλισης του κράτους του οποίου είναι υπήκοοι.

(7) Το δικαίωμα επιλογής των εργαζομένων σε διπλωματικές αποστολές ή προξενικές υπηρεσίες και αυτών που ανήκουν στην προσωπική υπηρεσία των υπαλλήλων τέτοιων αποσταλών ή υπηρεσιών, μπορεί να ασκείται και πάλι στο τέλος κάθε ημερολογιακού έτους.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 104 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ή ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Ασθένεια — Μητρότητα — Θάνατος (επίδομα) — Φυματίωση

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 9.2· άρθρο 18.1· άρθρο 38.1· άρθρο 64
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 6.2· άρθρο 16· άρθρο 39.1 και 2· άρθρο 79

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και στέλνει δύο αντίτυπα στο φορέα του κράτους μέλους στη νομοθεσία του οποίου υπαγόταν τελευταία ο ενδιαφερόμενος. Ο τελευταίας αυτός φορέας συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει το έντυπο στο φορέα που του το έστειλε. Αν το έντυπο εκδίδεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου, ο φορέας που το εκδίδει συμπληρώνει το μέρος Β και το παραδίνει ή το στέλνει στον ενδιαφερόμενο.

Μέρος Α

1 Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2 Ασφαλισμένος(-η)

2.1 Επώνυμο (2α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Αριθμός ασφαλιστικού μητρώου .....
2.4 Από την ημερομηνία που αναφέρεται στο σημείο 3.1, ο (η) ασφαλισμένος(-η) άσκησε
☐ μισθωτή δραστηριότητα ☐ μη μισθωτή δραστηριότητα στο (στην) (3) .....
2.5 ☐ Ονοματεπώνυμο ή επωνυμία του τελευταίου εργοδότη .....
☐ Τελευταία μη μισθωτή δραστηριότητα
.....
Διεύθυνση (2): .....
.....
2.6 Προηγούμενοι εργοδότες (4) ☐ Προηγούμενες μη μισθωτές δραστηριότητες
(Ονοματεπώνυμα ή επωνυμίες επιχειρήσεων και διευθύνσεις) (2) .....
.....
.....
.....
.....
.....

3 Για να εξεταστεί παραπέρα η αίτηση που υπέβαλε ο (η) παραπάνω ασφαλισμένος(-η) παρακαλούμε να μας γνωρίσετε τις περιόδους ασφάλισης, αποσχόλησης ή κατοικίας που πραγματοποίησε
3.1 από .....
3.2 σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας σας, για τον κίνδυνο:
☐ ασθένειας και μητρότητος (5) ☐ θανάτου (επίδομα) ☐ φυματίωσης
☐ αναπηρίας (5β)

4 Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5α) .....
4.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
4.3 Σφραγίδα
4.4 Ημερομηνία .....
4.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 104

Μέρος Β

5 Ασφαλισμένος(-η) (6)

5.1 Επώνυμο (2α)
.....

5.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

5.3 Αριθμός ασφαλιστικού μητρώου .....

6 Ο (η) ασφαλισμένος(-η) που αναγράφεται ☐ στο τετράγωνο 2 ☐ στο τετράγωνο 5

6.1 είναι ασφαλισμένος(-η) για τον κίνδυνο ασθενείας-μητρότητας από την ημερομηνία που αναφέρεται στο 3.1 ☐ (8β)

6.2 πραγματοποίησε ☐ κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών (8) ☐ κατά τη διάρκεια των πέντε τελευταίων ετών (8α)
☐ από .....

7 τις ακόλουθες περιόδους ασφάλισης ή απασχόλησης για τις παροχές: ☐ (5) (7)

7.1	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.2	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.3	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.4	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.5	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.6	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.7	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.8	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.9	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
7.10	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)

8 τις ακόλουθες περιόδους κατοικίας

8.1	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.2	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.3	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.4	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.5	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.6	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.7	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.8	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.9	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)
8.10	από	έως	(9)	για (10) τον κίνδυνο	.....	☐	(11)

9 Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Β

9.1 Επωνυμία .....

9.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

9.3 Σφραγίδα

9.4 Ημερομηνία .....

9.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 104

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει αρχικά το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάϊν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση. Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3) Σημειώστε το κράτος.

(4) Συμπληρώνεται αν είναι δυνατό.

(5) Μόνο στην περίπτωση που το έντυπο απευθύνεται σε φορέα του Βελγίου, της Γαλλίας, της Ελλάδας ή του Λιχτενστάιν, σημειώστε τον καλυπτόμενο κίνδυνο χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα σύμβολα: N = παροχές σε είδος· E = χρηματικές παροχές.

(5α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(5β) Σύμφωνα με τους γαλλικούς φορείς.

(6) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο παραδίδεται στον ενδιαφερόμενο.

(7) Αν βεβαίωση απευθύνεται σε ιταλικό φορέα με σκοπό τη χορήγηση χρηματικών παροχών για περίπτωση φυματίωσης και ο ενδιαφερόμενος δεν έχει συμπληρώσει ένα έτος εισφορών, πρέπει να αναφερθούν όλες οι περίοδοι εισφορών που αυτός έχει συμπληρώσει.

(8) Συμπληρώνεται μόνο όταν ο αρμόδιος φορέας είναι φορέας του Ηνωμένου Βασιλείου.

(8α) Συμπληρώνεται μόνον όταν ο αρμόδιος φορέας είναι φορέας της Ιρλανδίας.

(8β) Συμπληρώνεται μόνον όταν ο αρμόδιος φορέας είναι φορέας του Βελγίου.

(9) Αν η βεβαίωση απευθύνεται σε ελληνικό φορέα, σημειώστε αν πρόκειται για περιόδους μισθωτής ή μη μισθωτής δραστηριότητας χρησιμοποιώντας τα εξής σύμβολα: D = μισθωτή· I = μη μισθωτή.
Αν η βεβαίωση απευθύνεται σε γερμανικό ή λουξεμβουργιανό φορέα, σημειώστε τις περιόδους ασφάλισης στο τμήμα 7 χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα σύμβολα: P = υποχρεωτική ασφάλιση· F = εθελοντική ασφάλιση.

(10) Σημειώστε το καλυπτόμενο κίνδυνο χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα σύμβολα: A = ασθένεια-μητρότητα· B = θάνατος (επίδομα)· C = φυματίωση· O = Αναπηρία.

(11) Στην περίπτωση που ο αρμόδιος φορέας είναι γερμανικός, ιρλανδικός, βρετανικός ή αυστριακός, σημειώστε σταυρό σ' αυτό το τετράγωνο, αν η περίοδος ασφάλισης ή κατοικίας αντιστοιχεί σε περίοδο πραγματικής απασχόλησης και προσδιορίστε το είδος της μισθωτής ή μη μισθωτής δραστηριότητας.

.....

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 105 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΙΣΘΩΤΟΥ Ή ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΟΥ, ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΥΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΟΣΟΥ ΤΩΝ ΧΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 23.3· άρθρο 58.3
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 25.1 και 2· άρθρο 70.1

Ο φορέας ασφαλίσεως ασθενείας ή ο φορέας που έχει ορισθεί στον τόπο κατοικίας των μελών οικογενείας συμπληρώνει το έντυπο τούτο και το παραδίνει στον εργαζόμενο.

1 ☐ Εργαζόμενος μισθωτός ☐ Εργαζόμενος μη μισθωτός

1.1 Επώνυμο (1α) .....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή διαμονής (2) .....

.....

1.4 Αριθμός ταυτότητας .....

2 Μέλη οικογενείας του παραπάνω εργαζομένου

2.1	Επώνυμο (1α)	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως	Βαθμός συγγενείας
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

3 Φορέας του τόπου κατοικίας των μελών οικογενείας

3.1 Επωνυμία .....

3.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

3.3 Σφραγίδα

3.4 Ημερομηνία .....

3.5 Υπογραφή

.....

▼B

E 105

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο

α) Αν έχετε δικαίωμα για χρηματικές παροχές λόγω ανικανότητας προς εργασία στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ελλάδα, τη Γαλλία, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασιλειο, την Αυστρία ή τη Φινλανδία, δηλαδή σε χώρες που κατά τη νομοθεσία τους το ποσό των παροχών αυτών διαφέρει ή μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον αριθμό των μελών της οικογένειας, πρέπει να υποβάλετε την παρούσα βεβαίωση στο φορέα στον οποίο είστε ασφαλισμένος.

β) Η βεβαίωση αυτή ισχύει για περίοδο δώδεκα (12) μηνών από την ημερομηνία έκδοσής της (βλέπε σημείο 3.4)· κατά το τέλος αυτής της περιόδου μπορείτε να ζητήσετε την ανανέωσή της από το φορέα του τόπου κατοικίας των μελών της οικογενείας σας (βλέπε σημεία 3.1 και 3.2).

γ) Είστε υποχρεωμένος να ενημερώσετε αμέσως το φορέα που είστε ασφαλισμένος, για οποιαδήποτε αλλαγή των στοιχείων που περιέχονται στην παρούσα βεβαίωση.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανους πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση. Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3) Σημειώστε σταυρό στο τετράγωνο αυτό αν τα μέλη της οικογένειας του εργαζομένου αποτελούν εξαρτώμενα μέλη.

▼M1

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 3

E 106 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ, ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ ΑΛΛΟ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΜΟΔΙΟ ΚΡΑΤΟΣ

Εργαζόμενοι μισθωτοί και μη μισθωτοί καθώς και μέλη της οικογένειάς τους που κατοικούν μαζί τους· μέλη της οικογένειας ανέργων που ήταν προηγουμένως μισθωτοί

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α) άρθρο 19.2 και άρθρο 25.3.ι)
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1 και 4, άρθρο 27 πρώτη φράση

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και δίνει δύο αντίτυπα στον ασφαλισμένο ή τα στέλνει (όπου χρειάζεται μέσω του οργανισμού σύνδεσης) στο φορέα του τόπου κατοικίας αν το έντυπο έχει εκδοθεί μετά από αίτηση του τελευταίου. Ο φορέας του τόπου κατοικίας, αμέσως μόλις λάβει τα δύο αντίτυπα, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίτυπο στον αρμόδιο φορέα.

A. **Γνωστοποίηση του δικαιώματος**

1. Φορέας τόπου κατοικίας (2)

1.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθμός (2α) .....
1.2. Διεύθυνση (3): .....
.....
1.3. Σχετικό έντυπό σας E 107 της .....

2. ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός) ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μη μισθωτός)

2.1. Επώνυμο (3α)
.....
2.2. Ονόματα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3. Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (3): .....
.....
2.4. Αριθμός ταυτότητας (3β): .....
2.5. Ο εργαζόμενος ☐ είναι ☐ δεν είναι εργαζόμενος σε ορυχεία (μεταλλευτής) ή σε εξομοιούμενη επιχείρηση
2.6. ☐ Ο εργαζόμενος υπάγεται σε σύστημα ασφαλίσεως μη μισθωτών που προβλέπεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

3. Μέλος οικογένειας (4)

3.1. Επώνυμο (3α):
.....
3.2. Ονόματα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
3.3. Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (3): .....
.....

4. ☐ Ο παραπάνω εργαζόμενος και τα μέλη της οικογένειάς του (5) που κατοικούν μαζί του
4.1. ☐ Τα μέλη της οικογένειας (5) του παραπάνω ανέργου
5. δικαιούνται παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος από την .....

6. Οι ενδιαφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμά τους

6.1. ☐ μέχρι την ακύρωση αυτής της βεβαίωσης
6.2. ☐ για περίοδο ενός έτους από την ημερομηνία που προσδιορίζεται στο πλαίσιο 5 (6)
6.3. ☐ μέχρι την ..... συμπεριλαμβανομένης (7)

▼M1

E 106

7. Αρμόδιος φορέας για ασθένεια-μητρότητα

7.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθμός ([7α]): .....

7.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:

.....

8. Αρμόδιος φορέας για τα κοινά (μη εργατικά) ατυχήματα ([8]) ([8α]) ([10])

8.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθμός ([7α]): .....

8.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

8.3. Σφραγίδα

8.4. Ημερομηνία: .....

8.5. Υπογραφή:

.....

Β. **Κοινοποίηση εγγραφής** ([9])

9.

9.1. ☐ Ο εργαζόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του

9.2. ☐ Τα μέλη της οικογένειας του ανέργου που αναγράφεται στο πλαίσιο 2

9.3. ☐ έχουν εγγραφεί στο φορέα μας την .....

9.4. ☐ δεν ήταν δυνατό να εγγραφούν στο φορέα μας γιατί

.....

10. Εγγεγραμμένα μέλη της οικογένειας

	10.1. Επώνυμο ([3α])	Ονόματα	Φύλο Γ	Φύλο Α	Προηγούμενα ονόματα	Ημερομηνία γεννήσεως
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Φορέας του τόπου κατοικίας

11.1. Επωνυμία: .....

11.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

11.3. Σφραγίδα

11.4. Ημερομηνία: .....

11.5. Υπογραφή:

.....

▼M1

E 106

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία από αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

α) Με το παρόν έντυπο, εσείς και τα μέλη της οικογένειάς σας, έχεται δικαίωμα για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος. Αν είστε άνεργος, το έντυπο δεν απευθύνεται σε σας· απευθύνεται αποκλειστικά και μόνο στα μέλη της οικογένειάς σας, που κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο στο οποίο είσαστε ασφαλισμένος.

β) Τα δύο αντίτυπα του εντύπου που βρίσκονται στη διάθεσή σας πρέπει να υποβληθούν, όσο το δυνατό συντομότερα, στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου κατοικίας σας. Αν είστε άνεργος, τα μέλη της οικογένειάς σας πρέπει να υποβάλουν το έντυπο στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας τόπου κατοικίας τους.

γ) Οι φορείς ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας είναι:

στο **Βέλγιο,** το «Mutualité» (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·

στη **Δανία,** η αρμόδια «Amtskommune» (κοινοτική διοικητική υπηρεσία). Στην Κοπεγχάγη η «Magistrat» (τοπική κοινοτική αρχή) και στο Frederiksberg η «Kommunalbestyrelse» (τοπική κοινοτική αρχή)·

στη **Γερμανία,** το «Krankenkasse» (ταμείο ασθενείας) του τόπου κατοικίας το οποίο επιλέγεται από τον ενδιαφερόμενο·

στην **Ελλάδα,** κατά γενικό κανόνα, το περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ) που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος (περίθαλψη κ.λπ.)·

στην **Ισπανία,** η «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (περιφερειακή διεύθυνση του εθνικού ινστιτούτου κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Αν ζητάτε παροχές μπορείτε να υποβάλετε σχετική αίτηση στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και φωτοαντίγραφο αυτού·

στη **Γαλλία,** το «Caisse primaire d'assurance maladie» (βασικό τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)· αν σημειώθηκε το κατάλληλο τετράγωνο του σημείου 2.5, η «société de secours minière» (εταιρεία αρωγής μεταλλευτών)·

στην **Ιρλανδία,** η «Health Board» (υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή που ζητείται η παροχή·

στην **Ιταλία,** κατά γενικό κανόνα η «Unità sanitaria locale» (USL, τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή· για τους ναυτικούς και το ιπτάμενο προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, το «Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (υπουργείο υγείας — υπηρεσία υγείας για το ναυτικό ή την αεροπορία)·

στο **Λουξεμβούργο,** το «Caisse de maladie des ouvriers» (ταμείο ασθενείας εργατών)·

στις **Κάτω Χώρες,** κάθε ταμείο ασθένειας αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας (διαμονής)·

στην **Αυστρία,** το «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο διαμονής σας·

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό μέρος,** το «Centro Regional de Segurança Social» (περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου διαμονής· για τη **Μαδέρα,** η «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Funchal· **για τις Αζόρες,** η «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στην Angra do Heroísmo·

στη **Φινλανδία,** το τοπικό γραφείο του «Kansaneläekelaitos» (ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων)·

στη **Σουηδία,** το «Försäkringskassan» (γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** το «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle-upon-Tyne, ή στο «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Υπηρεσία κοινωνικής ασφάλισης της Βόρειας Ιρλανδίας, μονάδα εξωτερικού) στο Μπέλφαστ, ανάλογα με την περίπτωση·

στην **Ισλανδία** το «Tryggingastofnun rikisins» (κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·

στο **Λιχτενστάιν,** το «Amt für Volkswirtschaft» (υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·

στη **Νορβηγία,** το «Lokale Trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.

δ) Το έντυπο αυτό ισχύει από την ημερομηνία που αναγράφεται στο πλαίσιο 5 και για το χρονικό διάστημα που αναγράφεται στο πλαίσιο 6, στο τετράγωνο που έχει συμπληρωθεί με σταυρό.

ε) Εσείς, ή τα μέλη της οικογένειάς σας, οφείλετε να ενημερώσετε αμέσως τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο έχει κατατεθεί το έντυπο, για οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος, όπως π.χ. λήξη ή αλλαγή της απασχόλησης, αλλαγή του τόπου κατοικίας ή διαμονής, είτε της δικής σας είτε και κάποιου από τα μέλη της οικογένειάς σας κ.λπ.

▼M1

E 106

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(*) ΕΟΧ - συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο παράρτημα VI κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Γερμανία· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L =Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· A = Αυστρία· P = Πορτογαλία· FIN = Φινλανδία· S = Σουηδία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία.

(2) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο εκδίδεται μετά από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας.

(2α) Να συμπληρωθεί εφόσον είναι γνωστός.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο αφορά τα μέλη της οικογένειας ανέργου· στην περίπτωση αυτή δώστε πληροφορίες για ένα μόνο μέλος της οικογένειας, ούτως ώστε να μπορέσουν αυτά να καταγραφούν δεδομένου ότι τα δικαιούχα μέλη της οιικογένειας ανέργου ορίζονται από τη νομοθεσία την οποία εφαρμόζει ο φορέας του τόπου κατοικίας.

(5) Τα μέλη της οικογένειας που δικαιούνται παροχές καθορίζονται από τη νομοθεσία του τόπου κατοικίας.

(6) Σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα.

(7) Σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από γαλλικό φορέα μη μισθωτών ή από ελληνικό ή βρετανικό φορέα μισθωτών ή μη μισθωτών.

(7α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(8) Συμπληρώνεται από τους γαλλικούς φορείς μη μισθωτών.

(8α) Σε περίπτωση που το έντυπο συμπληρώνεται από φορέα του Λιχτενστάιν, πρέπει να αναφέρεται η επωνυμία του αρμόδιου ασφαλιστικού φορέα κατά εργατικών ατυχημάτων.

(9) Αν το παρόν έντυπο εκδίδεται για ανανέωση προηγούμενης βεβαίωσης δεν χρειάζεται συμπλήρωση του μέρους Β.

(10) Σε περίπτωση που το αρμόδιο κράτος είναι το Λιχτενστάιν, το κόστος των παροχών σε είδος που δικαιούται ένας εργαζόμενος για ένα μη εργατικό ατύχημα εμπίπτει στον ασφαλιστικό φορέα που αφορά το πλαίσιο 8.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 107 ☐ (1)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α· άρθρο 19.2· άρθρο 22.1.α.i, β.i και γ.i· άρθρο 22.3· άρθρο 25.1.α και 3.i· άρθρο 26.1· άρθρο 28.1.α· άρθρο 29.1.α· άρθρο 31.α· άρθρο 52.α· άρθρο 55.1.α.i, β.i και γ.i
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1· άρθρο 20.2 και 3· άρθρο 21.1· άρθρο 22.1 και 3· άρθρο 23· άρθρο 27 πρώτη φράση· άρθρο 28· άρθρο 29.2· άρθρο 30.1· άρθρο 31.1 και 3· άρθρο 60.1· άρθρο 62.3, 4 και 7· άρθρο 63.1 και 3

Ο φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής συμπληρώνει το μέρος Α και διαβιβάζει δύο αντίτυπα του εντύπου στον αρμόδιο φορέα, λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις των παραπάνω αναφερομένων άρθρων του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72. Αν ο φορέας αυτός (ο αρμόδιος) θεωρεί ότι δεν μπορεί να στείλει το αιτούμενο έντυπο, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα από τα δύο αντίτυπα στο φορέα που του τα είχε διαβιβάσει. Σε περίπτωση που αρμόδια χώρα είναι το Βέλγιο, το έντυπο πρέπει να απευθύνεται στο φορέα ασφάλισης ασθένειας, εκτός εάν πρόκειται για ατύχημα που χαρακτηρίστηκε εργατικό ή για ασθένεια που αναγνωρίστηκε ως επαγγελματική.

Α. Συμπληρώνεται από το φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής

1 Φορέας στον οποίο απευθύνεται το έντυπο

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός) ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μη μισθωτός ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μη μισθωτός) ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)
☐ Άνεργος ☐ Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο (2α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση κατοικίας (2) .....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....
2.5 ☐ Δικαιούχος σύνταξη ☐ Αιτών
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ επιζώντων (θανάτου)
☐ εργατικού ατυχήματος ☐ επαγγελματικής ασθένειας
Αριθ. ..... (3) Κατηγορία ..... (3)
2.6 Φορέας οφειλέτης της σύνταξης
.....

3 ☐ Τελευταίος εργοδότης (4) ☐ Τελευταία μη μισθωτή δραστηριότητα (4)

3.1 Επωνυμία εργοδότη ή επιχείρησης .....
3.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
3.3 Τομέας απασχόλησης (5) .....
3.4 Φορέας ασφάλισης για τα εργατικά ατυχήματα με τον οποίο ο εργοδότης είναι συμβεβλημένος (5α) .....
.....
.....
.....

▼B

E 107

4 Μέλη οικογενείας (6)

4.1 Επώνυμο (2α)	Ονόματα	Ημερομηνία γεννήσεως	Αριθμός ταυτότητας (2β)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (2) (7) .....
.....

5 Την ..... ελάβαμε αίτηση από το πρόσωπο που αναγράφεται παραπάνω
☐ στο τετράγωνο 2 ☐ στο τετράγωνο 4
με σκοπό
5.1 ☐ τη χορήγηση παροχών σε είδος
5.2 ☐ τη διατήρηση του δικαιώματος για παροχές σε είδος
5.3 ☐ την εγγραφή του στο φορέα μας ως δικαιούχου παροχών σε είδος
6 Οι παροχές σε είδος ☐ χορηγήθηκαν ☐ δεν χορηγήθηκαν
6.1 σύμφωνα με το άρθρο ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72
6.2 Ο αιτών ☐ δεν εργάστηκε (δεν άσκησε δραστηριότητα) μέχρι τώρα
☐ άσκησε την εξής επαγγελματική δραστηριότητα (εργασία) .....
7 Παρακαλούμε στείλτε μας τη βεβαίωση δικαιώματος για παροχές, σε έντυπο E.....
με ισχύ από ..... έως .....
8 ☐ Επισυνάπτεται ιατρική έκθεση (8)

9 Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής

9.1 Επωνυμία .....
9.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
9.3 Σφραγίδα
9.4 Ημερομηνία .....
9.5 Υπογραφή
.....

Β. Συμπληρώνεται από τον αρμόδιο φορέα

10

10.1 ☐ Επισυνάπτεται στην παρούσα το προμνησθέν έντυπο, με την παράκληση να μας αποστείλετε ένα αντίτυπο συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο (9)
10.2 ☐ Σας γνωρίζουμε πως δεν είναι δυνατή η έκδοση της βεβαίωσης που ζητείται στο μέρος Α, γιατί
.....
.....

11 Αρμόδιος φορέας

11.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (10) .....
11.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
11.3 Σφραγίδα
11.4 Ημερομηνία .....
11.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 107

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση. Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2β) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε επίσης τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Άλλιώς, σημειώστε «Ουδέν»· για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(3) Συμπληρώνεται μόνο όταν ο φορέας που οφείλει τη σύνταξη είναι ιταλικός.

(4) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο αφορά εργαζόμενο μισθωτό ή μη μισθωτό, ή άνεργο.

(5) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο αφορά μισθωτό που πιθανολογείται πως είναι θύμα εργατικού ατυχήματος.

(5α) Για την Ισπανία, η «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social».

(6) Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση μελών οικογενείας για τα οποία έχει υποβληθεί αίτηση παροχών ή εγγραφής. Αν πρόκειται για εγγραφή, αναγράφεται ένα μόνο μέλος της οικογένειας.

(7) Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που η διεύθυνση των μελών οικογενείας διαφέρει από την αντίστοιχη του αρχηγού της οικογένειας.

(8) Επισυνάπτεται μόνο όταν αυτό είναι αναγκαίο. Στην περίπτωση αυτή, συμπληρώστε με σταυρό το αντίστοιχο τετράγωνο.

(9) Για τις ανάγκες των φορέων των Κάτω Χωρών και εφόσον η φύση του εντύπου που πρόκειται να αποσταλεί το επιτρέπει.

(10) Σημειώνεται, εάν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 108 ☐ (1)

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ Ή ΠΑΥΣΕΩΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Πρόσωπα που κατοικούν σε χώρα άλλη από την αρμόδια χώρα

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α και 2· άρθρο 25.3.i· άρθρο 26.1· άρθρο 28.1.α· άρθρο 29.1.α
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.2 και 3· άρθρο 27· άρθρο 28· άρθρο 29.5· άρθρο 30· άρθρο 94.4· άρθρο 95.4

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και στέλνει δύο αντίτυπα στο φορέα του τόπου κατοικίας (μέσω του οργανισμού συνδέσεως, όπου τούτο κρίνεται αναγκαίο). Ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίτυπο στον αρμόδιο φορέα, το ταχύτερο δυνατό.

Α. Γνωστοποίηση

1 Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2
☐ Μισθωτός ☐ Άνεργος
☐ Μη μισθωτός ☐ Αιτών σύνταξη
☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός) ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μη μισθωτός) ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)

2.1 Επώνυμο (2α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (2) .....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

3 Μέλος οικογενείας (3)

3.1 Επώνυμο (2α)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (2) .....
.....
3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 Το δικαίωμα για παροχές που έχει πιστοποιηθεί με το έντυπό μας ..... της ..... (ημερομηνία) έχει ανασταλεί ή παύσει για τον ακόλουθο λόγο:

4.1 ☐ Η ασφάλιση του ανωτέρω εργαζόμενου έληξε στις .....
4.2 ☐ Η συνταξιοδότηση του παραπάνω συνταξιούχου διακόπηκε ή έπαυσε από .....
4.3 ☐ Όλα τα πρόσωπα που είχαν εγγραφεί στο φορέα σας δεν κατοικούν πια στη χώρα σας από .....
4.4 ☐ Ο δικαιούχος παροχών απέθανε την .....
4.5 ☐ (4) .....

▼B

E 108

5	Αρμόδιος φορέας
5.1	Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5) .....
5.2	Διεύθυνση (2) .....
	.....
5.3	Σφραγίδα
	5.4 Ημερομηνία .....
	5.5 Υπογραφή
	.....

Β. Γνωστοποίηση παραλαβής

6 Σας γνωρίζουμε ότι λάβαμε την ανωτέρω κοινοποίηση (μέρος Α) την

.....

7 ☐ Ο αναφερόμενος στο μέρος Α ☐ Οι αναφερόμενοι στο μέρος Α

☐ δεν δικαιούνται ☐ δεν δικαιούνται

☐ δεν πρόκειται στο εξής να έχει παροχές από ☐ δεν πρόκειται στο εξής να έχουν

..... (ημερομηνία)

8	Φορέας του τόπου κατοικίας
8.1	Επωνυμία .....
8.2	Διεύθυνση (2) .....
	.....
8.3	Σφραγίδα
	8.4 Ημερομηνία .....
	8.5 Υπογραφή
	.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία. S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση. Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(3) Συμπληρώνεται μόνο εφόσον η αναστολή ή η παύση του δικαιώματος για παροχές σε είδος, η οποία γνωστοποιείται με το παρόν έντυπο, αφορά αποκλειστικά τα μέλη οικογενείας· στην περίπτωση αυτή, αναγράφεται ένα μόνο από τα μέλη.

(4) Άλλοι λόγοι, αν υπάρχουν (π.χ. μη καταβολή των εισφορών από μη μισθωτό).

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼M1

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 3

E 109 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΙΣΘΩΤΟΥ Ή ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.2
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1, 2, 3 και 4· άρθρο 94.4

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και δίνει δύο αντίτυπα στον εργαζόμενο ή τα στέλνει (με τη μεσολάβηση του οργανισμού συνδέσεως, αν είναι απαραίτητο) στο φορέα του τόπου κατοικίας, στην περίπτωση που το έντυπο εκδόθηκε μετά από αίτηση αυτού του τελευταίου φορέα. Σε περίπτωση που τα μέλη της οικογένειας του εργαζομένου κατοικούν στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο αρμόδιος φορέας στέλνει δύο αντίτυπα στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle upon Tyne. Μετά την παραλαβή των δύο αντιτύπων, ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίτυπο στον αρμόδιο φορέα. Αν τα μέλη της οικογένειας του ενδιαφερομένου κατοικούν σε διαφορετικές χώρες, χρειάζεται έκδοση διαφορετικής βεβαίωσης για κάθε χώρα κατοικίας

A. **Γνωστοποίηση του δικαιώματος**

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1. Επωνυμία:.....
1.2. Διεύθυνση (3): .....
.....
1.3. Σχετικό έντυπό σας E 107 της .....

2. ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός
☐ Μισθωτός εποχιακά εργαζόμενος ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος

2.1. Επώνυμο (3α):
.....
2.2. Ονόματα: Προηγούμενα επώνυμα (3α): Ημερομηνία γέννησης:
....
2.3. Διεύθυνση (3): .....
.....
2.4. Αριθμός ταυτότητας (3β): .....
2.5. Ο εργαζόμενος ☐ είναι ☐ δεν είναι εργαζόμενος σε ορυχεία (μεταλλευτής) ή σε εξομοιούμενη επιχείρηση
2.6. ☐ Ο εργαζόμενος υπάγεται σε σύστημα ασφαλίσεως μη μισθωτών που προβλέπεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

3. Μέλος οικογένειας (4)

3.1. Επώνυμο (3α):
.....
3.2. Ονόματα: Προηγούμενα επώνυμα: Ημερομηνία γέννησης:
....
3.2. Διεύθυνση (3): .....
.....

4. Τα μέλη της οικογένειας του παραπάνω εργαζομένου δικαιούνται παροχές σε είδος της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας, με τον όρο ότι:
☐ δεν δικαιούνται ήδη τέτοιες παροχές κατά τη νομοθεσία του κράτους στο εδαφος του οποίου κατοικούν (5)
☐ δεν ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα (5)

5. Η γένεση του δικαιώματος τούτου αρχίζει από την .....

6. και το δικαίωμα εξακολουθεί να υπάρχει

6.1. ☐ μέχρι την ακύρωση της παρούσας βεβαίωσης
6.2. ☐ για ένα χρόνο από την ημερομηνία που αναφέρεται στο πλαίσιο 5 (6)
6.3. ☐ για όλη την προβλεπόμενη διάρκεια της εποχιακής εργασίας, δηλαδή
6.4. ☐ μέχρι την (7) ..... συμπεριλαμβανομένης.

▼M1

E 109

7. Αρμόδιος φορέας

7.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθμός ([7α]): .....

7.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:

.....

Β. **Γνωστοποίηση εγγραφής** ([8])

8. ☐ ([9])

8.1. Τα μέλη της οικογένειας του εργαζομένου που αναφέρεται στο πλαίσιο 2, δεν έχουν εγγραφεί, γιατί:

8.2. ☐ κανένα μέλος της οικογένειας δεν δικαιούται τέτοιες παροχές

8.3. ☐ όλα τα μέλη της οικογένειας δικαιούνται παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας της χώρας μας

8.4. ☐ ο (η) σύζυγος ή το πρόσωπο που έχει τη φύλαξη των παιδιών, ασκεί επαγγελματική δραστηριότητα στη χώρα μας ([10])

8.5. ☐ η απαιτούμενη βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης δεν υποβλήθηκε

8.6. ☐ ([11]) .....

9. ☐ ([9])

9.1 Τα ακόλουθα μέλη της οικογένειας του εργαζομένου που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 έχουν εγγραφεί:

9.2.	Επώνυμο ([3α])	Ονόματα	Φύλο Γ	Φύλο Α	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός ταυτότητας
9.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

9.10. Το κόστος αυτών των παροχών βαρύνει εσάς· η ημερομηνία από την οποία αρχίζει να υπολογίζεται το κατ' αποκοπήν ποσό που προβλέπεται στο άρθρο 94 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 είναι.....

10. Φορέας του τόπου κατοικίας

10.1. Επωνυμία: .....

10.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

10.3. Σφραγίδα

10.4. Ημερομηνία: .....

10.5. Υπογραφή

.....

▼M1

E 109

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο

α) Το παρόν έντυπο παρέχει στα μέλη της οικογένειάς σας το δικαίωμα για παροχές σε είδος σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας στη χώρα όπου κατοικούν και σύμφωνα με τη νομοθεσία αυτής της χώρας, εκτός αν αυτά δικαιούνται ήδη τέτοιες παροχές δυνάμει της νομοθεσίας αυτής.

β) Μόλις λάβετε τα δύο αντίτυπα αυτού του εντύπου, πρέπει να τα στείλετε στα μέλη της οικογένειάς σας τα οποία οφείλουν να τα προσκομίσουν **αμέσως** στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας τόπου κατοικίας τους, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** το «Mutualité» (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·

στη **Δανία,** η αρμόδια «Amtskommune» (κοινοτική διοικητική υπηρεσία). Στην Κοπεγχάγη η «Magistrat» (τοπική κοινοτική αρχή) και στο Frederiksberg η «Kommunalbestyrelse» (τοπική κοινοτική αρχή)·

στη **Γερμανία,** το «Krankenkasse» (ταμείο ασθενείας) του τόπου κατοικίας το οποίο επιλέγεται από τον ενδιαφερόμενο·

στην **Ελλάδα,** κατά γενικό κανόνα, το περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ) που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος (περίθαλψη κ.λπ.)·

στην **Ισπανία,** η «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (περιφερειακή διεύθυνση του εθνικού ινστιτούτου κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·

στη **Γαλλία,** το «Caisse primaire d'assurance-maladie» (βασικό τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)· αν σημειώθηκε το κατάλληλο τετράγωνο του σημείου 2.5, η «Société de secours minière» (εταιρεία αρωγής μεταλλευτών)·

στην **Ιρλανδία,** η «Health Board» (υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή που ζητείται η παροχή·

στην **Ιταλία,** κατά γενικό κανόνα η «Unità sanitaria locale» (USL, τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή·

στο **Λουξεμβούργο,** το «Caisse de maladie des ouvriers» (ταμείο ασθενείας εργατών)·

στις **Κάτω Χώρες,** κάθε ταμείο ασθένειας αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας (διαμονής)·

στην **Αυστρία,** το «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικία σας·

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό μέρος,** το «Centro Regional de Segurança Social» (περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας· για τη **Μαδέρα,** η «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Funchal· **για τις Αζόρες,** η «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στην Angra do Heroísmo·

στη **Φινλανδία,** το τοπικό γραφείο του «Kansaneläekelaitos» (ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων)·

στη **Σουηδία,** το «Försäkringskassan» (γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·

στην **Ισλανδία** το «Tryggingastofnun rikisins» (κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·

στο **Λιχτενστάιν,** το «Amt für Volkswirtschaft» (υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·

στη **Νορβηγία,** το «Lokale Trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.

γ) Το έντυπο αυτό ισχύει από την ημερομηνία που αναγράφεται στο πλαίσιο 5 και για το χρονικό διάστημα που αναγράφεται στο πλαίσιο 6, στο τετράγωνο που έχει συμπληρωθεί με σταυρό.

δ) Εσείς, ή τα μέλη της οικογένειάς σας, οφείλετε να ενημερώσετε αμέσως τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο έχει κατατεθεί το έντυπο, για οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος, όπως π.χ. λήξη ή αλλαγή της απασχόλησης, αλλαγή του τόπου κατοικίας ή διαμονής, είτε της δικής σας είτε και κάποιου από τα μέλη της οικογένειάς σας κ.λπ.

▼M1

E 109

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(*) ΕΟΧ — συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο παράρτημα VI κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Γερμανία· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L =Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· A = Αυστρία· P = Πορτογαλία· FIN = Φινλανδία· S = Σουηδία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία.

(2) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο εκδίδεται μετά από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3β) Για του ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Συμπληρώνεται μόνο για ένα μέλος της οικογένειας.

(5) Σημειώνεται με σταυρό το κατάλληλο τετράγωνο σε περίπτωση που το έντυπο απευθύνεται σε φορέα της Δανίας, της Ιρλανδίας ή του Ηνωμένου Βασιλείου.

(6) Σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα.

(7) Σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από γαλλικό φορέα μη μισθωτών ή από ελληνικό ή βρετανικό φορέα μισθωτών ή μη μισθωτών.

(7α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(8) Αν η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται για ανανέωση προηγούμενης βεβαίωσης που έπαυσε πια να ισχύει, ο φορέας του τόπου κατοικίας δεν χρειάζεται να συμπληρώσει το μέρος Β.

(9) Συμπληρώνονται στα πλαίσια 8 ή 9 ανάλογα με την περίπτωση και σημειώνεται σταυρός στο αντίστοιχο τετράγωνο.

(10) Στην περίπτωση που το μέρος Β συμπληρώνεται από φορέα της Δανίας, της Ιρλανδίας ή του Ηνωμένου Βασιλείου, σημειώνεται σταυρός στο τετράγωνο που είναι μπροστά, αν χρειάζεται.

(11) Άλλοι λόγοι.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 2, 3 και 4

E 110 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΜΙΣΘΩΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 14.2.α· άρθρο 22.1.α.i· άρθρο 22.3· άρθρο 55.1.α.i
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 20.1· άρθρο 62.1

Το έντυπο συμπληρώνεται από τον εργοδότη και παραδίνεται στον εργαζόμενο· ο εργοδότης ανανεώνει την ισχύ του, αν χρειάζεται.

Α. Πρώτη βεβαίωση

1 Εργαζόμενος

1.1 Επώνυμο (1α)
.....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) .....

1.3 Ημερομηνία γεννήσεως ..... Υπηκοότητα ..... DNI (1β) .....

1.4 Διεύθυνση κατοικίας (2) .....
.....

2 Μέλη οικογενείας που συνοδεύουν τον αρχηγό οικογενείας

	Επώνυμο (1α)	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως
2.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3 Αρμόδιος φορέας

3.1 Για την ασφάλιση εργατικών ατυχημάτων (επωνυμία και διεύθυνση) (2)
.....
.....

3.2 Για την ασφάλιση επαγγελματικών ασθενειών (επωνυμία και διεύθυνση) (2) (3)
.....
.....

4 Ο υπογράφων εργοδότης βεβαιώνω ότι ο παραπάνω εργαζόμενος απασχολείται για λογαριασμό μου από .....

▼B

E 110

5	Εργοδότης	
5.1	Ονοματεπώνυμο του εργοδότη ή επωνυμία της επιχείρησης	
5.2	Είδος της επιχείρησης	
5.3	Διεύθυνση (2)	
	.....	
5.4	Σφραγίδα	5.5 Ημερομηνία .....
		5.6 Υπογραφή του εργοδότη ή του εντεταλμένου του .....

6	Αρμόδιος φορέας για την ασφάλιση ασθένειας και μητρότητας (4) (5)	
6.1	Επωνυμία	
6.2	Διεύθυνση (2)	
	.....	
6.3	Αριθμός ασφαλιστικού μητρώου του εργαζομένου μισθωτού	
		6.4 Ημερομηνία .....
6.5	Υπογραφή εργαζομένου μισθωτού	6.6 Υπογραφή του εργοδότη ή του εντεταλμένου του
	.....	.....

Β. Ανανεώσεις της ισχύος του εντύπου (6)

7 Ο εργοδότης ο αναφερόμενος στο πλαίσιο 5, βεβαιώνω ότι ο παραπάνω εργαζόμενος εξακολουθεί να απασχολείται για λογαριασμό μου κατά την παρακάτω ημερομηνία

8 Ημερομηνία	8.1 Υπογραφή του εργοδότη ή του εντεταλμένου του
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο

α) Το παρόν έγγραφο ισχύει για τον μήνα κατά τη διάρκεια του οποίου εκδόθηκε και για τους δύο ημερολογιακούς μήνες που ακολουθούν (βλέπε σημεία 5.5 και 8).

β) Κατά τη διάρκεια της ισχύος του, εσείς ο ίδιος και τα μέλη της οικογένειάς σας που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, έχετε δικαίωμα για παροχές σε είδος στο κράτος μέλος, στο έδαφος του οποίου βρεθήκατε ασκώντας το επάγγελμά σας.

γ) Όταν χρειάζεστε παροχές σε είδος, πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο, το ταχύτερο δυνατό, στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας διαμονής σας, δηλαδή:

— **για παροχές ασθένειας ή μητρότητας:**

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφαλίσεως ασθενείας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (τοπική διοίκηση). Στην κοινότητα της Κοπεγχάγης, στη «Magistrat» (Κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα του Frederiksberg, στην «Kommunalbestyrelse» (Κοινοτική αρχή). Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη είναι δυνατόν να παρασχεθεί χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τους παραπάνω φορείς. Παρουσιάζετε το έντυπο κάθε φορά που ζητάτε τη χορήγηση παροχών. Πληροφορίες σχετικά με τους ιατρούς και οδοντιάτρους, στους οποίους πρέπει να απευθύνεται ο ασφαλισμένος, παρέχονται στο τοπικό «Social- og sundhedsforvaltning» (Τοπικό γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και υγιεινής)·*

▼B

E 110

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθένειας)·*

στην **Ελλάδα,** *κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ)· το υποκατάστημα του ΙΚΑ δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται οι παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο, καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή της οποίας αιτείται η παροχή·*

στην **Ιταλία,** *στην «Unitá sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στο «Caisse de maladie des ouvriers» (Ταμείο ασθενείας εργατών)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «ANOZ Verzekeringen», στην Ουτρέχτη. Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με το ANOZ Verzekeringen·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στην «Administração Regional de Saúde» (Περιφερειακή διοίκηση υγείας) του τόπου διαμονής·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcçao Regional de Saúde Pública» (Περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Saúde» (Περιφερειακή διεύθυνση υγείας), στην Angra do Heroísmo·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στην υπηρεσία υγείας που είναι αρμόδια για την αιτούμενη θεραπεία (γιατρός, οδοντογιατρός, νοσοκομείο κλπ.),*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου διαμονής·*

στη **Φινλανδία,** *στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων) αν ζητείται απόδοση ιατρικών δαπανών που έχουν πραγματοποιηθεί στον ιδιωτικό τομέα. Οι παροχές σε είδος μπορούν να χορηγηθούν από τα δημοτικά κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία κατόπιν παρουσίασης της παρούσας βεβαίωσης. Για περισσότερες πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στα τοπικά γραφεία του «Kansaneläkelaitos»·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins», στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο Υπουργείο εθνικής οικονομίας, στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (το Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον προαναφερόμενο φορέα. Σε περίπτωση ανάγκης περίθαλψης, ο ενδιαφερόμενος πρέπει να υποβάλει το παρόν έντυπο·*

στη **Σουηδία,** *στο «försäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρός, οδοντίατρος κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα.*

— **για παροχές σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας:**

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφαλίσεως ασθενείας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *βλέπε παραπάνω στις οδηγίες για παροχές ασθένειας ή μητρότητας·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο φορέα ασφάλισης ατυχημάτων που είναι αρμόδιος για τον τόπο διαμονής του ενδιαφερομένου·*

στην **Ελλάδα,** *κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ) που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή της οποίας αιτείται η παροχή·*

στην **Ιταλία:**

α) για τις παροχές σε είδος, στην «Unità sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή,

β) για προθέσεις, μεγάλες συσκευές, ιατροδικαστικές παροχές και ιατρικές εξετάσεις και ιατρικά πιστοποιητικά στην περιφερειακή μονάδα του «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (INAIL) (Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης κατά των εργατικών ατυχημάτων)·

στο **Λουξεμβούργο,** *στην «Association d'assurance contre les accidents» (Ένωση ασφάλισης ατυχημάτων)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «ANOZ Verzekeringen», στην Ουτρέχτη. Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με το ANOZ·*

στην **Πορτογαλία,** *στο «Caixa National de Seguros de Doenças Profissionais» (Εθνικό ταμείο ασφαλίσεων επαγγελματικών ασθενειών), στη Λισσαβώνα·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στην υπηρεσία υγείας που είναι αρμόδια για την αιτούμενη θεραπεία (γιατρός, οδοντογιατρός, νοσοκομείο κλπ.)·*

στην **Αυστρία, το** *«Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου διαμονής ή στον «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (Οργανισμός ασφάλισης γενικών ατυχημάτων), στη Βιέννη·*

στη **Φινλανδία,** *στην «Tapaturmavakuutuslaitosten liitto» (Ομοσπονδία οργανισμών ασφάλισης ατυχημάτων)·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins», στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο Υπουργείο εθνικής οικονομίας, στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (το Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον προαναφερόμενο φορέα. Σε περίπτωση ανάγκης περίθαλψης, ο ενδιαφερόμενος πρέπει να υποβάλει το παρόν έντυπο·*

στη **Σουηδία,** *στο «försäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρός, οδοντίατρος κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα.*

δ) Συμπληρώστε το πλαίσιο 6 του εντύπου, σε περίπτωση που δεν το έχει συμπληρώσει ο εργοδότης σας.

ε) Για να έχετε παροχές σε είδος, μπορείτε, αντί του παρόντος εντύπου, να προσκομίσετε το έντυπο Ε 111.

▼B

E 110

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ - Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα IV, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία η επιχείρηση έχει την έδρα της: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(1β) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε επίσης τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν».

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3) Συμπληρώστε μόνο σε περίπτωση που διαφέρει από το φορέα που αναγράφεται στο σημείο 3.1.

(4) Αν ο εργοδότης, σύμφωνα με τη νομοθεσία της αρμόδιας χώρας, δεν υποχρεώνεται να γνωρίζει τον αρμόδιο φορέα ασφαλίσεως ασθενείας ή μητρότητας, το πλαίσιο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί από τον εργαζόμενο.

(5) Στην περίπτωση των Κάτω Χωρών, αναφέρατε το ταμείο ασθένειας («Ziekenfonds»).

(6) Το μέρος τούτο συμπληρώνεται μόνο εφόσον δεν έχουν επέλθει μεταβολές στις πληροφορίες που περιλαμβάνει το μέρος Α.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 2 και 3

E 111 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α ι· άρθρο 22.3· άρθρο 31.α
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 20.4· άρθρο 21.1· άρθρο 23· άρθρο 31.1 και 3

1 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Άλλος

☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)

[Επώνυμο ([1α]), προηγούμενα επώνυμα ([1α]), ταυτότητα ([2α]), διεύθυνση ([2])]

1.1 Αριθμός ταυτότητας ([2β]) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.2 ☐ Το πρόσωπο αυτό υπάγεται σε ασφαλιστικό σύστημα μη μισθωτών που αναφέρεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

2 Μέλη οικογένειας ([3])

2.1 Επώνυμο ([1α])	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως	Αριθμός ταυτότητας ([2β])
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Διεύθυνση κατοικίας ([2]) ([4]) .....
.....

3 Τα προαναφερόμενα πρόσωπα δικαιούνται παροχές σε είδος της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας
Οι παροχές αυτές είναι δυνατό να χορηγούνται

3.1 ([5]) ☐ από ..... έως ..... συμπεριλαμβανομένης

3.2 ([5]) ☐ από .....

▼B

E 111

4	Αρμόδιος φορέας

4.1	Επωνυμία		Κωδικός αριθμός (6) .....
4.2	Διεύθυνση (2)		
	.....		
4.3	Σφραγίδα	4.4	Ημερομηνία .....
		4.5	Υπογραφή
			.....

4.6	Ισχύει από ..... έως			4.10	Ισχύει από ..... έως		
4.7	Σφραγίδα	4.8	Ημερομηνία	4.11	Σφραγίδα	4.12	Ημερομηνία
			.....				.....
		4.9	Υπογραφή			4.13	Υπογραφή
			.....				.....

5	Γαλλικός φορέας, αρμόδιος για τα μη εργατικά ατυχήματα των μη μισθωτών αγροτών

5.1	Επωνυμία		Κωδικός αριθμός (6) .....
5.2	Διεύθυνση (2)		
	.....		
5.3	Σφραγίδα	5.4	Ημερομηνία .....
		5.5	Υπογραφή
			.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία

Ο αρμόδιος φορέας, ή, αν χρειαστεί, ο φορέας του τόπου κατοικίας του συνταξιούχου ή του μέλους της οικογένειας του εργαζομένου, συμπληρώνει το παρόν έντυπο και το αποστέλει στον ενδιαφερόμενο ή στο φορέα του τόπου της προωρινής διαμονής, αν το έντυπο εκδόθηκε μετά από αίτηση του φορέα αυτού. Το παρόν έντυπο δεν είναι αναγκαίο στην περίπτωση προσωρινής διαμονής στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:

— *στο μισθωτό ή μη μισθωτό εργαζόμενο και στα μέλη της οικογενείας του που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, οι οποίοι διαμένουν προσωρινά σε κράτος μέλος διαφορετικό του αρμόδιου κράτους, σε περίπτωση άμεσης ανάγκης, και*

— *στο συνταξιούχο και στα μέλη της οικογένειάς του που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, οι οποίοι διαμένουν προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος από εκείνο όπου κατοικούν μόνιμα,*

να λάβουν παροχές σε είδος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας της προσωρινής διαμονής σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας και, προσωρινά, σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας. Εντούτοις, το παρόν έγγραφο δεν παρέχει δικαίωμα για παροχές σε είδος αν ο σκοπός του ταξιδιού είναι η ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό.

β) Όταν ένας από τους ενδιαφερομένους πρέπει να ζητήσει τη χορήγηση παροχών, της νοσοκομειακής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένης, οφείλει να προσκομίσει το έντυπο αυτό στον ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας της προσωρινής διαμονής του, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής του·*

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (Τοπική διοίκηση). Στην κοινότητα της Κοπεγχάγης, στη «Magistrat» (Κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα του Frederiksberg, στην «Kommunalbestyrelse» (Κοινοτική αρχή). Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη είναι δυνατό να παρασχεθεί, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τους ανωτέρω φορείς. Το έντυπο προσκομίζεται για κάθε αίτηση παροχών. Πληροφορίες σχετικά με τους γιατρούς και οδοντογιατρούς στους οποίους πρέπει να απευθύνεται ο ασφαλισμένος, παρέχονται στο τοπικό «Social- og sundhedsforvaltning» (Τοπικό γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και υγιεινής)·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθένειας)·*

στην **Ελλάδα,** *κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

▼B

E 111

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο, καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγείας) στην περιοχή της οποίας ζητείται η παροχή·*

στην **Ιταλία,** *κατά γενικό κανόνα, στην «Unità sanitaria locale, USL» (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή· για τους ναυτικούς και το ιπτάμενο προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, στο «Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Υπουργείο υγείας — Υπηρεσία υγείας για το ναυτικό ή την αεροπορία) που είναι αρμόδιο ανάλογα με την περιοχή·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στο «Caisse de maladie des ouvriers» (Ταμείο ασθενείας εργατών)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «ANOZ Verzekeringen», στην Ουτρέχτη: Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με το ANOZ Verzekeringen·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στην «Administração Regional de Saúde» (Περιφερειακή διοίκηση υγείας) του τόπου διαμονής·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Saúde Pública» (Περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Saúde» (Περιφερειακή διεύθυνση υγείας), στην Angra do Heroísmo·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkase», (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας)·*

στη **Φινλανδία,** *στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), αν ζητείται απόδοση ιατρικών δαπανών που έχουν πραγματοποιηθεί στον ιδιωτικό τομέα. Οι παροχές σε είδος μπορούν να χορηγηθούν από τα δημοτικά κέντρα υγείας και το δημόσια νοσοκομεία κατόπιν παρουσίασης της παρούσας βεβαίωσης·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» (το Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάϊν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα. Σε περίπτωση ανάγκης περίθαλψης, ο ενδιαφερόμενος πρέπει να υποβάλει το παρόν έντυπο·*

στη **Σουηδία,** *στο «försäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρός, οδοντίατρος κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα.*

γ) Για να λάβει παροχές σε χρήμα, ο ενδιαφερόμενος απευθύνεται, εντός τριών ημερών μετά την έναρξη της ανικανότητας προς εργασία, στο φορέα του τόπου προσωρινής διαμονής, προσκομίζοντας ειδοποίηση περί παύσεως της εργασίας ή, αν η νομοθεσία που εφαρμόζεται από τον αρμόδιο φορέα ή από το φορέα του τόπου προσωρινής διαμονής το προβλέπει, πιστοποιητικό ανικανότητας προς εργασία χορηγούμενο από τον θεράποντα ιατρό.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε επίσης τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (D.N.I.) εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν».

(2β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(3) Αναφέρατε αποκλειστικά τα μέλη της οικογένειας που μεταβαίνουν προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος.

(4) Συμπληρώστε μόνο στην περίπτωση που η διεύθυνση των μελών της οικογένειας διαφέρει από τη διεύθυνση του εργαζομένου ή του συνταξιούχου.

(5) Οι δύο ενδείξεις αποκλείονται αμοιβαίως. Υποδείξτε εκείνη μόνο που αρμόζει στην περίπτωση και σημειώστε X στο αντίστοιχο τετράγωνο.

(6) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΩΝ | **Ε 111** | **Β** (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α.i· άρθρο 22.3· άρθρο 31.α
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 20.4· άρθρο 21.1· άρθρο 23· άρθρο 31.1 και 3

1 ☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος [Επώνυμο (1α), προηγούμενα επώνυμα (1α), ονόματα, διεύθυνση (2)]

1.1 Αριθμός ταυτότητας (1β) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

2 Μέλη οικογένειας (3)

2.1 Επώνυμο (1α)	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως	Αριθμός ταυτότητας (1β)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Διεύθυνση κατοικίας (2) (4) .....
.....

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

3 Τα προαναφερόμενα πρόσωπα δικαιούνται παροχές σε είδος μόνο για νοσοκομειακή περίθαλψη
Οι παροχές αυτές είναι δυνατόν να χορηγούνται

3.1 από ..... έως ..... συμπεριλαμβανομένης

4 Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5) .....
4.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
4.3 Σφραγίδα
4.4 Ημερομηνία .....
4.5 Υπογραφή
.....

4.6 Ισχύει από ..... έως .....
4.7 Σφραγίδα 4.8 Ημερομηνία
.....
4.9 Υπογραφή
.....

4.10 Ισχύει από ..... έως .....
4.11 Σφραγίδα 4.12 Ημερομηνία
.....
4.13 Υπογραφή
.....

▼B

E 111 **B**

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

4.14 Ισχύει από ..... έως ..... 4.15 Σφραγίδα 4.16 Ημερομηνία ..... 4.17 Υπογραφή	4.18 Ισχύει από ..... έως ..... 4.19 Σφραγίδα 4.20 Ημερομηνία ..... 4.21 Υπογραφή .....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

Ο αρμόδιος φορέας, ή, αν χρειαστεί, ο φορέας του τόπου κατοικίας του συνταξιούχου, συμπληρώνει το παρόν έντυπο και το δίνει στον ενδιαφερόμενο ή το στέλνει στο φορέα του τόπου της προσωρινής διαμονής, αν το έντυπο εκδόθηκε μετά από την αίτηση του φορέα αυτού. Το παρόν έντυπο δεν είναι αναγκαίο στην περίπτωση προσωρινής διαμονής στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:

— *στον μισθωτό εργαζόμενο και στα μέλη της οικογένειάς του που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, οι οποίοι διαμένουν προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο κράτος, και*

— *στο συνταξιούχο που υπάγεται σε ασφαλιστικό σύστημα για μη μισθωτούς και στα μέλη της οικογένειάς του που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, οι οποίοι διαμένουν προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος από εκείνο όπου κατοικούν μόνιμα,*

να λάβουν παροχές σε είδος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας της προσωρινής διαμονής μόνο για νοσοκομειακή περίθαλψη.

β) Όταν ένας από τους ενδιαφερόμενους χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη, οφείλει να προσκομίσει το έντυπο αυτό στον ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας της προσωρινής διαμονής του, δηλαδή:

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (Τοπική διοίκηση). Στην κοινότητα της Κοπεγχάγης, στη «Magistrat» (Κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα του Frederiksberg, στην «Kommunalbestyrelse» (Κοινοτική αρχή)· το έντυπο προσκομίζεται για κάθε αίτηση παροχών·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθενείας)·*

στην **Ελλάδα,** *στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ), που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές υγείας·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο, καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγείας) στην περιοχή της οποίας ζητείται η παροχή·*

στην **Ιταλία,** *στην «Unità sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στο «Caisse de maladie des ouvriers» (Ταμείο ασθενείας εργατών)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «ANOZ-Verzekeringen», στην Ουτρέχτη·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στην «Administração Regional de Saúde» (Περιφερειακή διοίκηση υγείας), του τόπου διαμονής·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Saúde Pública» (Περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Saúde» (Περιφερειακή διεύθυνση υγείας), στην Angra do Heroísmo·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου προσωρινής διαμονής·*

στη **Φινλανδία,** *στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων) και στο νοσοκομείο που παρέχει τη σχετική περίθαλψη. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να υποβάλλει το παρόν έντυπο κάθε φορά που ζητά παροχές·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» (το Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «Lokale trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου προσωρινής διαμονής·*

στη **Σουηδία,** *στο «försäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου προσωρινής διαμονής.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα IV, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(1β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3) Αναφέρατε αποκλειστικά τα μέλη της οικογένειας που μεταβαίνουν προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος.

(4) Συμπληρώστε μόνο στην περίπτωση που η διεύθυνση των μελών της οικογένειας διαφέρει από τη διεύθυνση του εργαζομένου ή του συνταξιούχου.

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 112 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΗΔΗ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.β.i· άρθρο 22.1.γ.i· άρθρο 22.3· άρθρο 31
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 22.1 και 3· άρθρο 23

Ο αρμόδιος φορέας ή ο φορέας του τόπου κατοικίας του συνταξιούχου ή του μέλους της οικογένειας χορηγεί το παρόν έντυπο στον εργαζόμενο ή στο συνταξιούχο ή στο μέλος της οικογένειας του συνταξιούχου. Αν ο εργαζόμενος ή ο συνταξιούχος πηγαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντίτυπο του εντύπου πρέπει να σταλεί και στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού), στο Newcastle-upon-Tyne.

1 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)
☐ Άλλος

1.1 Επώνυμο (1α)
.....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.3 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα (2)
.....
.....

1.4 Διεύθυνση στη χώρα που πηγαίνει ο μισθωτός ή μη μισθωτός ή ο συνταξιούχος (2) (3)
.....
.....

1.5 Αριθμός ταυτότητας (3α) .....

1.6 ☐ Το πρόσωπο αυτό υπάγεται σε ασφαλιστικό σύστημα μη μισθωτών που αναφέρεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

2 Μέλος της οικογένειας που πηγαίνει σε άλλο κράτος μέλος

2.1 Επώνυμο (1α)
.....

2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

2.3 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα (2) (4)
.....
.....

2.4 Διεύθυνση στη χώρα που πηγαίνει ο ενδιαφερόμενος (2)
.....

2.5 Αριθμός ταυτότητας (3α) .....

3 Ο αναφερόμενος ☐ στο πλαίσιο 1 ☐ στο πλαίσιο 2
εγκρίνεται να διατηρήσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος
☐ της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ☐ της ασφάλισης για μη εργατικά ατυχήματα (5)

στο(ην) ..... (χώρα), που πηγαίνει

3.1 ☐ για να εγκατασταθεί μόνιμα

3.2 ☐ για περίθαλψη από (νοσοκομείο, γιατρό) (6)
..... (6)
.....
ή από οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα παρόμοιας φύσεως σε περίπτωση μεταφοράς που κρίνεται αναγκαία από ιατρικής απόψεως στα πλαίσια της εν λόγω περίθαλψης

3.3 ☐ για αποστολή βιολογικών δειγμάτων με σκοπό τη διεξαγωγή αναλύσεων

4 Οι παροχές αυτές μπορούν να χορηγηθούν με βάση την παρούσα βεβαίωση

4.1 από ..... έως ..... συμπεριλαμβανομένης

4.2 από ..... έως ..... συμπεριλαμβανομένης **μόνο** για νοσηλεία (7)

▼B

E 112

5	Γνωμάτευση του ελεγκτή-γιατρού μας

5.1 ☐ επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο μέσα σε κλειστό φάκελο

5.2 ☐ διαβιβάστηκε την ..... στον (8) .....

.....

5.3 ☐ μπορείτε να μας ζητήσετε να σας την στείλουμε

5.4 ☐ δεν έχει συνταχθεί

6	Αρμόδιος φορέας

6.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (9) .....

6.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

6.3 Σφραγίδα

6.4 Ημερομηνία .....

6.5 Υπογραφή

.....

▼B

E 112

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· Καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

Οφείλετε να παρουσιάσετε αυτή τη βεβαίωση, το γρηγορότερο δυνατό, στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου της μετάβασής σας, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (Τοπική διοίκηση). Στην κοινότητα της Κοπεγχάγης, στη «Magistrat» (Κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα του Frederiksberg, στην «Kommunalbestyrelse» (Κοινοτική αρχή). Για περίθαλψη στη Δανία, παρουσιάστε το έντυπο στο φορέα που παρέχει την περίθαλψη·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθένειας)·*

στην **Ελλάδα,** *κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ), που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο, καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή της οποίας αιτείται η παροχή·*

στην **Ιταλία, στην** *«Unità sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα διοίκησης της υγείας) αρμόδια ανάλογα με την περιοχή·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στο «Caisse de maladie des ouvriers» (Ταμείο ασθενείας εργατών)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας ή, σε περίπτωση προσωρινής διαμονής, στο «ANOZ-Verzekeringen», στην Ουτρέχτη·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στην «Administração Regional de Saúde» (Περιφερειακή διοίκηση υγείας) του τόπου διαμονής ή κατοικίας·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Saúde Pública» (Περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Saúde» (Περιφερειακή διεύθυνση υγείας), στην Angra do Heroísmo·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στην υπηρεσία υγείας που είναι αρμόδια για την αιτούμενη θεραπεία (γιατρός, οδοντογιατρός, νοσοκομείο κλπ.)·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή του τόπου προσωρινής διαμονής·*

στη **Φινλανδία,** *στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων). Πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο στο δημοτικό κέντρο υγείας ή στο δημόσιο νοσοκομείο που παρέχει την περίθαλψη·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» (Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (τοπικό γραφείο ασφαλίσεων)·*

στη **Σουηδία,** *στο «forsäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο στο ίδρυμα που παρέχει την περίθαλψη.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που εκδίδει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3) Συμπληρώστε μόνο σε περίπτωση που το έντυπο αφορά προσωπικά τον εργαζόμενο ή τον συνταξιούχο.

(3α) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Συμπληρώστε μόνο σε περίπτωση που η διεύθυνση του μέλους οικογενείας διαφέρει από τη διεύθυνση του εργαζομένου ή του συνταξιούχου.

(5) Συμπληρώνεται από τους γαλλικούς φορείς των μη μισθωτών αγροτών.

(6) Σημειώστε (το νοσοκομείο, τον ειδικό γιατρό κλπ.), αν είναι δυνατό.

(7) Συμπληρώνεται από τους βελγικούς φορείς μη μισθωτών.

(8) Επωνυμία και διεύθυνση του φορέα στον οποίο έχει σταλεί η ιατρική γνωμάτευση.

(9) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 113 ☐ (1)

ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΥ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19· άρθρο 22· άρθρο 25.1 και 3.i· άρθρο 26· άρθρο 31.α· άρθρο 52.α· άρθρο 55.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.6· άρθρο 20.5· άρθρο 21.2· άρθρο 22.2 και 3· άρθρο 23· άρθρο 26.3· άρθρο 27· άρθρο 28· άρθρο 31.2 και 3· άρθρο 60.5· άρθρο 62.7· άρθρο 63.2

Το παρόν έντυπο εκδίδεται για περιπτώσεις που η απόδοση δαπανών των παροχών σε είδος γίνεται με βάση τις πραγματικές δαπάνες. Το έντυπο συμπληρώνει ο φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής: το μέρος Α για να γνωστοποιήσει την ημερομηνία εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα, το μέρος Β για να γνωστοποιήσει την ημερομηνία εξόδου· το στέλνει στον αρμόδιο φορέα. Αν ο τελευταίος είναι φορέας της Δανίας ή του Ηνωμένου Βασιλείου, δεν χρειάζεται να συνταχθεί το έντυπο.

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)
☐ Άνεργος ☐ Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο (2α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

3 Νοσηλεία μέλους οικογενείας

3.1 Επώνυμο (2α)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2) (3)
.....
3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 Σχετικό:
4.1 ☐ έντυπό σας ..... της ..... (4)
4.2 ☐ έντυπό μας E 107 της .....

Α. Γνωστοποίηση εισαγωγής

5 Το πρόσωπο που αναφέρεται στο ☐ πλαίσιο 2 ☐ πλαίσιο 3
5.1 εισήχθη την .....
5.2 στο παρακάτω νοσηλευτικό ίδρυμα (5) .....
5.3 λόγω ☐ ασθένειας ☐ μητρότητας ☐ εργατικού ατυχήματος (6)
☐ επαγγελματικής ασθένειας (7) ☐ μη εργατικού ατυχήματος (8)

5.4 Η νοσηλεία προβλέπεται να παραταθεί μέχρι .....
5.5 ☐ (9) Επισυνάπτονται δικαιολογητικά ή ιατρική γνωμάτευση

Β. Γνωστοποίηση εξόδου

6 Η νοσηλεία που σας γνωστοποιήθηκε
☐ με το έντυπό μας E 113 της .....
☐ στο παραπάνω μέρος Α
έληξε την .....

▼B

E 113

7	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

7.1 Επωνυμία .....

7.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

7.3 Σφραγίδα

7.4 Ημερομηνία .....

7.5 Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο πρέπει να συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2β) Για τους ίσπανούς πολίτες, σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν». Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale». Για τα άτομα του είναι ασφαλισμένα στη Σουηδία, σημειώστε τον εθνικό αριθμό προσωπικής ταυτότητας.

(3) Συμπληρώνεται μόνο όταν η διεύθυνση του μέλους της οικογένειας διαφέρει από εκείνη που αναγράφεται στο πλαίσιο 2.

(4) Αριθμός και ημερομηνία έκδοσης του εντύπου που πιστοποιεί το δικαίωμα του ενδιαφερομένου για παροχές.

(5) Επωνυμία του νοσηλευτικού ιδρύματος.

(6) Αν το θύμα είναι ασφαλισμένο στο Βέλγιο, ή στο Λιχτενστάιν, σημειώνεται παρακάτω το όνομα και διεύθυνση του εργοδότη

Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχείρησης .....

Διεύθυνση (2) .....

.....

(7) Προσδιορίζεται αν είναι δυνατόν.

(8) Συμπληρώνεται για τις ανάγκες των γαλλικών φορέων μη μισθωτών αγροτών, καθώς και για τις ανάγκες των πορτογαλικών φορέων.

(9) Συμπληρώνεται με σταυρό αυτό το τετράγωνο, αν συντρέχει περίπτωση.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 114 ☐ (1)

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19· άρθρο 22· άρθρο 24· άρθρο 25.1 και 3.i· άρθρο 26· άρθρο 31.α· άρθρο 52.α· άρθρο 55.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.7· άρθρο 20.5· άρθρο 21.2· άρθρο 22.2 και 3· άρθρο 23· άρθρο 26.3· άρθρο 27· άρθρο 28· άρθρο 31.2 και 3· άρθρο 60.6· άρθρο 62.7· άρθρο 63.2 και 3

Το παρόν έντυπο εκδίδεται για περιπτώσεις που η απόδοση δαπανών των παροχών σε είδος γίνεται με βάση τις πραγματικές δαπάνες. Ο φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής συμπληρώνει το μέρος Α και διαβιβάζει στον αρμόδιο φορέα ένα ή δύο αντίτυπα του εντύπου με κριτήριο τη γνωστοποίηση, αν δηλαδή αφορά την περίπτωση του σημείου 7.1 ή του σημείου 7.2 αντίστοιχα. Σε περίπτωση που ο αρμόδιος φορέας κρίνει ότι πρέπει να αρνηθεί τη χορήγηση των παροχών, οφείλει να συμπληρώσει το μέρος Β και να επιστρέψει ένα αντίτυπο στο φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Αν ο αρμόδιος φορέας βρίσκεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεν χρειάζεται έκδοση του παρόντος εντύπου.

Α. Γνωστοποίηση

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2 (3) ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)
☐ Άνεργος ☐ Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο (3α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας (3β) .....

3 Ενδιαφερόμενο μέλος της οικογένειας

3.1 Επώνυμο (3α)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση της χώρας κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2) (4)
.....
3.4 Αριθμός ταυτότητας (3β) .....

4 Σχετικό
4.1 ☐ έντυπό σας ..... της ..... (5)
4.2 ☐ έντυπό μας E 107 της .....
5 Οι υγειονομικές μας υπηρεσίες έχουν αναγνωρίσει, για τον ενδιαφερόμενο που αναγράφεται
☐ στο πλαίσιο 2 ☐ στο πλαίσιο 3
5.1 ☐ την ανάγκη ☐ το απόλυτα επείγον
5.2 χορήγησης των εξής παροχών .....
.....
5.3 των οποίον το ☐ προϋπολογιζόμενο κόστος ☐ πραγματικό κόστος, σύμφωνα με την νομοθεσία μας, είναι
..... (6)
6 ☐ Θα βρήτε συνημμένη την ιατρική έκθεση ελέγχου (7)
7 Οι παροχές που αναγράφονται στο σημείο 5.2 (8)
7.1 ☐ χορηγήθηκαν κατεπειγόντως .....
7.2 ☐ θα χορηγηθούν αν δεν λάβουμε αιτιολογημένη άρνησή σας μέσα σε 15 ημέρες από την ημερομηνία αποστολής της παρούσας ειδοποίησης

▼B

E 114

8	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής
8.1	Επωνυμία .....
8.2	Διεύθυνση (2) .....
	.....
8.3	Σφραγίδα
8.4	Ημερομηνία .....
8.5	Υπογραφή
	.....

Β. Ενδεχόμενη αιτιολογημένη άρνηση του αρμόδιου φορέα

9 Σχετικά με το σημείο 7.2, σας γνωρίζουμε ότι οι παροχές που αναγράφονται στο σημείο 5.2 δεν είναι δυνατό να χορηγηθούν

Αιτιολογία

.....

.....

10	Αρμόδιος φορέας
10.1	Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (9) .....
10.2	Διεύθυνση (2) .....
	.....
10.3	Σφραγίδα
10.4	Ημερομηνία .....
10.5	Υπογραφή
	.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του έντυπου: Β = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3) Αν το θύμα είναι ασφαλισμένο στο Βέλγιο ή στο Λιχτενστάιν, γράψτε παρακάτω το όνομα και τη διεύθυνση του εργοδότη.

Επωνυμία εργοδότη ή επιχειρήσεως .....

Διεύθυνση (2) .....

.....

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά την σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Συμπληρώνεται μόνο όταν η διεύθυνση του μέλους της οικογένειας διαφέρει από εκείνη που αναγράφεται στο πλαίσιο 2.

(5) Αριθμός και ημερομηνία έκδοσης του εντύπου που πιστοποιεί το δικαίωμα του ενδιαφερομένου για παροχές.

(6) Το ποσό αναγράφεται στο νόμισμα της χώρας προσωρινής διαμονής ή κατοικίας.

(7) Συμπληρώνεται με σταυρό το τετράγωνο, σε περίπτωση που η ιατρική έκθεση επισυνάπτεται στο έντυπο.

(8) Όταν πρόκειται για μη μισθωτό στο Βέλγιο, υπολογίζονται **μόνο** οι παροχές σε είδος της νοσοκομειακής περίθαλψης.

(9) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 115 ☐ (1)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.a.ii· άρθρο 25.1.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.a.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.2 και 3· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.2 και 3· άρθρο 64

Αν το έντυπο αφορά εργαζόμενο σε ενεργό απασχόληση, συμπληρώνεται σε ένα μόνο αντίτυπο το οποίο απευθύνεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ή ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Αντίθετα, αν το έντυπο αφορά άνεργο, πρέπει να εκδοθεί σε δύο συμπληρωματικά αντίτυπα, από τα οποία το ένα απευθύνεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στον αντίστοιχο φορέα της χώρας στην οποία πήγε ο άνεργος για αναζήτηση εργασίας (βλέπε επίσης σημειώσεις 7 και 9).

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

2.1 Επώνυμο (2α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα (2)
.....
.....
2.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....
2.5 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....
2.6 Έχει έντυπο E 119 που εκδόθηκε την ..... (3)
και έντυπο E 303 που εκδόθηκε την ..... (3)

3 Εργοδότης (4)

3.1 Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχείρησης .....
3.2 Διεύθυνση (2): .....
.....
3.3 Είδος επιχείρησης .....

Α. ☐ **(5) Αίτηση παροχών**

4 Ο αναφερόμενος στο πλαίσιο 2 υπέβαλε την .....
αίτηση χορήγησης χρηματικών παροχών για ανικανότητα προς εργασία, οφειλόμενη σε
4.1 ☐ ασθένεια (6) ☐ μητρότητα (πιθανή ημερομηνία τοκετού: .....)
☐ εργατικό ατύχημα ☐ ατύχημα που συνέβη στις ..... (ημερομηνία)
☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ υιοθεσία ☐ μειωμένη απογημίωση σε περίπτωση μητρότητας ή υιοθεσίας (6)

5 το πιστοποιητικό του θεράποντα γιατρού
☐ επισυνάπτεται ☐ δεν ήταν δυνατό να εκδοθεί

▼B

E 115

6	Σύμφωνα με τη γνωμάτευση του ελεγκτή-γιατρού μας	☐ η έκθεση του οποίου επισυνάπτεται ☐ η έκθεση του οποίου θα σταλεί το συντομότερο δυνατό
6.1	☐ η ανικανότητα για εργασία άρχισε την	.....
	και προβλέπεται να παραταθεί μέχρι την	.....
6.2	☐ δεν διαπιστώθηκε ανικανότητα για εργασία (7)	

7 ☐ Ο ενδιαφερόμενος δεν συμμορφώθηκε με τις απαιτήσεις της νομοθεσίας μας, και ειδικότερα

.....

.....

8 ☐ Η ανικανότητα για εργασία συμπεραίνεται πως είναι συνέπεια ατυχήματος που οφείλεται σε υπαιτιότητα τρίτου

8.1 ☐ Επισυνάπτεται έκθεση για το ατύχημα με τη διεύθυνση του τρίτου που φέρει την ευθύνη

9 ☐ Είμαστε διατεθειμένοι να καταβάλουμε στον ενδιαφερόμενο τις χρηματικές παροχές, για λογαριασμό σας. Σας παρακαλούμε να μας γνωρίσετε αν συμφωνείτε με αυτή τη διαδικασία και, σε καταφατική περίπτωση, να μας δώσετε όλα τα απαιτούμενα στοιχεία για την πληρωμή των παροχών (8)

10 ☐ Δεν είμαστε διατεθειμένοι να καταβάλουμε στον ενδιαφερόμενο χρηματικές παροχές για λογαριασμό σας

Β. ☐ (5) Παράταση της ανικανότητας για εργασία

11	Σε συνέχεια του	
11.1	☐ εντύπου μας Ε 115 της	.....
11.2	☐ έντυπου σας Ε 117 της	.....
11.3	σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με τη γνωμάτευση του ελεγκτή-γιατρού μας	
	☐ του οποίου η έκθεση επισυνάπτεται	
	☐ του οποίου η έκθεση θα σας σταλεί το συντομότερο δυνατό	
	η ανικανότητα για εργασία του αναγραφομένου στο πλαίσιο 2, προβλέπεται να παραταθεί, μέχρι την	
	.....	

12 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

12.1 Επωνυμία .....

12.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

12.3 Σφραγίδα

12.4 Ημερομηνία .....

12.5 Υπογραφή

.....

▼B

E 115

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας την οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(3) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο αφορά άνεργο.

(4) Για τους ανέργους, σημειώνεται ο τελευταίος εργοδότης.

(5) Συμπληρώνεται μόνο το ένα μέρος, Α ή Β. Σημειώνεται σταυρός στο τετράγωνο που αντιστοιχεί στο μέρος που συμπληρώνεται. Για τις Κάτω Χώρες, είναι απαραίτητη η συμπλήρωση του πλαισίου 4.

(6) Όταν η αίτηση υποβάλλεται από τη Νορβηγία.

(7) Πρέπει να επισυνάπτεται αντίτυπο του εντύπου Ε 118 που απεστάλη στον ενδιαφερόμενο.

(8) Αν το έντυπο απευθύνεται σε γερμανικό ή ιταλικό φορέα, το τετράγωνο αυτό μπορεί να μείνει κενό και σημειώνεται σταυρός μόνο στο τετράγωνο 10.

(9) Για την Ιταλία, σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας, πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο στην τοπική υπηρεσία του «Instituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Εθνικό ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας) ενώ, σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας, πρέπει να το υποβάλετε στο «Instituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL). Για τις Κάτω Χώρες, εάν δεν γνωρίζετε ποιος είναι ο αρμόδιος φορέας ασφαλίσεων ασθενείας, απευθύνετε το έντυπο στο G.A.K., Postbus 8300, Amsterdam.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

Ε 116 ☐ (1)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ, ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ)

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii, 1.β.ii και 1.γ.ii· άρθρο 25.1.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii, 1.β.ii και 1.γ.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.2 και 3· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.2 και 3· άρθρο 64· άρθρο 65.2 και 4

Συμπληρώνεται από τον ιατρό του φορέα που εκδίδει το έντυπο Ε 115· επισυνάπτεται σ' αυτό το έντυπο και σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας στέλνεται σε σφραγισμένο φάκελο. Για το Βέλγιο, πρέπει πάντα να απευθύνεται πρώτα στον αρμόδιο βελγικό φορέα ασφάλισης ασθενείας (9). Για το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία, το παρόν έντυπο συμπληρώνεται από τον ιατρό τον οποίο επισκέπτεται ο ενδιαφερόμενος και στη συνέχεια τα στοιχεία που αναγράφονται σε αυτό επαληθεύονται από τον ασφαλιστικό φορέα.

1 Αρμόδιος φορέας προορισμού (του εντύπου)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
1.3 Σχετικό: έντυπό μας Ε 116 της .....

2 Επισυνάπτεται στο έντυπο Ε 115 της .....

3 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

3.1 Επώνυμο (2α)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....
3.4 Αριθμός ταυτότητας (3) .....

4 Ο υπογράφων, ... , γιατρός, αφού εξέτασα τον παραπάνω αναφερόμενο

την ..... , θεωρώ
4.1 ότι πρόκειται για
☐ περίπτωση ασθένειας (3) ☐ περίπτωση μητρότητας (πιθανή ημερομηνία τοκετού: .....)
4.2 ότι, πιθανότατα, πρόκειται για
☐ εργατικό ατύχημα ☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ ατύχημα
4.3 ☐ υποτροπή ή επιδείνωση

▼B

E 116

Μέρος Α: Γενική έκθεση

5 Συμπληρώνεται οπωσδήποτε, ειδικότερα σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος

5.1 Ιστορικό της ασθένειας (αναμνηστικά) και τωρινά συμπτώματα

.....

.....

5.2 Κλινική εξέταση

5.3 Γενική κατάσταση ..... Βάρος ..... Ύψος ..... (4)

5.4 Άλλες διαπιστώσεις .....

.....

.....

5.5 Ειδικές εξετάσεις (5) .....

.....

.....

5.6 Διάγνωση .....

5.7 Συμπεράσματα

5.8 ☐ Ο ενδιαφερόμενος δεν κρίνεται ανίκανος για εργασία

5.9 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται ανίκανος για εργασία

από ..... μέχρι .....

5.10 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται εν μέρει ανίκανος για εργασία κατά

..... % από ..... μέχρι ..... (5α)

5.11 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα υποστεί νέο ιατρικό έλεγχο την .....

5.12 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα είναι ικανός για εργασία από τις .....

Μέρος Β: Εκθέσεις σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος

6 Πρώτη ιατρική έκθεση

6.1 Αυτό το ατύχημα προκάλεσε τις εξής βλάβες (ή τραύματα κλπ.) (6)

.....

.....

.....

6.2 Οι βλάβες αυτές ☐ είχαν ☐ προβλέπεται να έχουν τις εξής συνέπειες (7)

.....

.....

.....

6.3 Η ανικανότητα για εργασία άρχισε την .....

6.4 Το θύμα είχε ή έχει περίθαλψη

☐ κατ' οίκον ☐ στο ιατρείο

☐ στο νοσοκομείο ☐ σε άλλο μέρος

Διεύθυνση (2) (8) .....

.....

▼B

E 116

7	Τελευταία ιατρική έκθεση

7.1 Η θεραπεία περατώθηκε την .....

7.2 Οι βλάβες αποκαταστάθηκαν ή σταθεροποιήθηκαν την .....

7.3 ☐ χωρίς επιπλοκές

7.4 ☐ και προβλέπεται να έχουν τις ακόλουθες συνέπειες

.....

.....

.....

7.5 Λεπτομερής περιγραφή της κατάστασης του θύματος μετά τη θεραπεία ή στο τέλος της ιατρικής περίθαλψης

.....

.....

.....

.....

8	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

8.1 Επωνυμία .....

8.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

8.3 Σφραγίδα

8.4 Ημερομηνία .....

8.5 Υπογραφή του γιατρού

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2a) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Στοιχεία που παρέχονται στα όρια που χρειάζονται.

(5) Σημειώνεται το είδος της εξέτασης και η ημερομηνία.

(5a) Οταν η αίτηση υποβάλλεται από τη Νορβηγια.

(6) Σημειώνονται το είδος και η φύση των βλαβών ή τραυμάτων, το μέρος του τραυματισμένου σώματος: κάταγμα βραχίονα, θλάση στο κεφάλι, στα δάχτυλα, εσωτερικά τραύματα, ασφυξίες κ.λπ.

(7) Αναφέρονται οι βέβαιες ή πιθανές επιπτώσεις των βλαβών ή τραυμάτων που διαπιστώθηκαν: θάνατος, αναπηρία διαρκής ή προσωρινή, ολική ή μερική. Σε περίπτωση προσωρινής αναπηρίας, προσδιορίζεται η διάρκεια.

(8) Αν το θύμα έχει νοσηλευθεί, αναφέρεται και η επωνυμία του νοσοκομείου.

(9) Σε περιπτώσεις αιτήσεων για παροχές μητρότητας που καταβάλλονται από το Βέλγιο, δεν χρειάζεται το έντυπο E 116.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη επόμενη σελίδα

E 117 ☐ (1)

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΧΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ Ή ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii· άρθρο 25.1.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.6 και 8· άρθρο 24· άρθρο 26.7· άρθρο 61.6 και 8· άρθρο 64

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το παρόν έντυπο και το στέλνει στο φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Ο αρμόδιος φορέας οφείλει, επίσης, να ενημερώσει τον εργαζόμενο σε περίπτωση που οι χρηματικές παροχές καταβάλλονται από το φορέα του τόπου κατοικίας [κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 61.8].

1 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
.....

2 Σχετικό: έντυπό σας E 115 της .....

3 ☐ Ο μισθωτός ☐ Ο μη μισθωτός ☐ Ο άνεργος

3.1 Επώνυμο (2α)
.....
3.2 Ονόματα Προηγούμενα επώνυμα (2α) Ημερομηνία γεννήσεως
....
3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....
3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 ☐ δικαιούται χρηματικές παροχές, προσωρινά και με πιθανότητα παράτασης
από ..... μέχρι .....
4.1 ☐ δεν δικαιούται χρηματικές παροχές
Αιτιολογία: βλέπε συνημμένο E 118
4.2 ☐ δεν δικαιούται πια χρηματικές παροχές από την .....
Αιτιολογία: βλέπε συνημμένο E 118

5 Οι παροχές αυτές θα καταβληθούν (3α)
5.1 ☐ από μας
5.2 ☐ από σας για λογαριασμό μας (3β)
5.3 ☐ από τον εργοδότη (4)
από ..... μέχρι ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 Το επίδομα πρέπει να καταβληθεί
6.2 για κάθε μέρα της εβδομάδας, εκτός από ☐ Δευτέρα ☐ Τρίτη ☐ Τετάρτη ☐ Πέμπτη ☐ Παρασκευή ☐ Σάββατο ☐ Κυριακή
6.3 Το καθαρό ημερήσιο ποσό αυτού του επιδόματος ανέρχεται σε
..... (7) εφόσον ο ασφαλισμένος δεν έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα
..... (7) εφόσον ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα
6.4 ☐ (8) Αν το επίδομα οφείλεται για διάστημα ενός μήνα, τούτο χορηγείται για 30 ημέρες, άσχετα αν ο μήνας έχει περισσότερες ή λιγότερες από 30 ημέρες

7 Σας παρακαλούμε να μας κοινοποιήσετε, το συντομότερο δυνατό, το αποτέλεσμα
7.1 ☐ εξέτασης (9) .....
7.2 ☐ διοικητικού ελέγχου
7.3 ☐ νέου ιατρικού ελέγχου, που θα διενεργηθεί περίπου την .....
(ημερομηνία)

▼B

E 117

8	Αρμόδιος φορέας		
8.1	Επωνυμία	Κωδικός αριθμός (10)	
8.2	Διεύθυνση (2)		
	.....		
8.3	Σφραγίδα	8.4 Ημερομηνία	
		8.5 Υπογραφή	
		.....	

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(3) Δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί σε περίπτωση ανέργου για τον οποίο έχει ήδη εκδοθεί το έντυπο E 119.

(3α) Ο αρμόδιος φορέας αναφέρει στο σημείο αυτό τον τρόπο πληρωμής
.....
.....

(3β) Αν το παρόν έντυπο απευθύνεται σε γαλλικό ή ιταλικό φορέα, δεν σημειώνεται σταυρός στο τετράγωνο αυτό.

(4) Συμπληρώνεται, αν χρειάζεται, από φορείς της Δανίας, της Γερμανίας, ή του Λουξεμβούργου.

(5) Συμπληρώνεται από φορείς της Γερμανίας, της Ισπανίας, ή του Λουξεμβούργου.

(6) Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που αναφέρεται στο σημείο 5.2.

(7) Σημειώνεται το ποσό στο νόμισμα της αρμόδιας χώρας.

(8) Συμπληρώνεται το τετράγωνο με σταυρό, αν χρειάζεται.

(9) Αναφέρεται το είδος της ιατρικής εξέτασης που ζητήθηκε (ακτινογραφία, ανάλυση κ.λπ.).

(10) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 118 ☐ (1)

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ Ή ΓΙΑ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii, β.ii· γ.ii· άρθρο 25.1.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii, β.ii, γ.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.4 και 6· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.4 και 6· άρθρο 64

Αν το έντυπο αφορά εργαζόμενο σε ενεργό απασχόληση, ο φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (ή ο αρμόδιος φορέας) εκδίδει δύο αντίτυπα, από τα οποία το ένα απευθύνεται στον εργαζόμενο προσωπικά και το άλλο στο φορέα ασφάλισης και ασθένειας και μητρότητας ή στο φορέα ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών της αρμόδιας χώρας (του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής). Αν το έντυπο αφορά άνεργο, απαιτείται η έκδοση, εκτός από τα δύο προηγούμενα αντίτυπα (από τα οποία το ένα προορίζεται για τον άνεργο προσωπικά), δύο επιπλέον αντιτύπων, από τα οποία το ένα θα σταλεί στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στο φορέα της χώρας που πήγε ο άνεργος για αναζήτηση εργασίας.

1 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

1.1 Επώνυμο (1α)
.....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....

1.4 Αριθμός ταυτότητας (2α) .....

2 ☐ Αρμόδιος φορέας ☐ Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

2.1 Επωνυμία .....
2.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

3 ☐ Από πραγματικά περιστατικά που μας έγιναν γνωστά
☐ Από τον έλεγχο που πραγματοποίησε ο γιατρός μας την ..... προκύπτει ότι

3.1 ☐ η ανικανότητά σας για εργασία είναι μερική (περιορισμένη, προσωρινή)
3.2 ☐ έχετε δικαίωμα μόνο για τμήμα επιδόματος ύψους (3) .....
από την ..... (3)
3.3 ☐ δεν είστε ανίκανος για εργασία
3.4 ☐ η ανικανότητά σας για εργασία έληξε την ..... (4).
3.5 ☐ Η τελευταία ημέρα για την οποία θα σας καταβληθούν χρηματικές παροχές είναι η .....

3.6 ☐ Ο αρμόδιος φορέας θα καθορίσει την τελευταία ημέρα για την οποία θα σας καταβληθούν χρηματικές παροχές
3.7 ☐ Δεν δικαιούστε παροχές διότι .....
.....

4 ☐ Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής ☐ Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5).....
4.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
4.3 Σφραγίδα

4.4 Ημερομηνία .....
4.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 118

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Το έντυπο με το παράρτημά του αποτελείται από πέντε σελίδες· καμιά απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμα κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο (μισθωτό ή μη μισθωτό) ή τον άνεργο

Κατά της αποφάσεως που σας κοινοποιείται με το παρόν έντυπο, έχετε δικαίωμα ένστασης.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες ένστασης παρέχονται στο παράρτημα. Για τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες ένοτασης, πρέπει να ανατρέχετε στα στοιχεία που αφορούν το αρμόδιο κράτος.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(2α) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codece fiscale».

(3) Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από τον αρμόδιο φορέα.

(4) Σημειώστε την ημέρα λήξεως της ανικανότητας για εργασία.

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

Ε 118 Παράρτημα

ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΜΙΕΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.4· άρθρο 61.4

1. **ΒΕΛΓΙΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να κάνετε προσφυγή μέσα σ' ένα μήνα από την ημερομηνία κοινοποίησης της προσβαλλόμενης απόφασης, υποβάλλοντας γραπτή αίτηση, που θα έχει ημερομηνία και υπογραφή και θα καταθέτεται ή θα στέλνεται με συστημένη επιστολή στο γραμματέα του αρμόδιου δικαστηρίου εργασίας.

Ως αρμόδιο δικαστήριο εργασίας, νοείται:

α) αν κατοικείτε στο Βέλγιο, το δικαστήριο εργασίας της περιοχής που βρίσκεται η κατοικία σας·

β) αν δεν κατοικείτε ή δεν κατοικείτε πια στο Βέλγιο, το δικαστήριο εργασίας της περιοχής που βρισκόταν τελευταία η κατοικία σας ή η τελευταία διαμονή σας στο Βέλγιο·

γ) αν δεν είχατε κατοικία ή δεν μείνατε μόνιμα στο Βέλγιο, το δικαστήριο εργασίας της περιοχής της τελευταίας απασχόλησής σας στο Βέλγιο.

2. **ΔΑΝΙΑ**

Αν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση, εντός τεσσάρων εβδομάδων από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης, στο «Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget» (Συμβούλιο εφετών για κοινωνικά θέματα, επιτροπή ημερήσιων χρηματικών παροχών), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Copenhagen K.

3. **ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ**

Η παρούσα επίσημη πράξη καθίσταται δεσμευτική εάν δεν υποβάλετε ένσταση εντός τριών μηνών από την ημερομηνία κοινοποίησης. Οι ενστάσεις πρέπει να υποβάλλονται γραπτώς, εντός τριών μηνών, στον κατωτέρω φορέα:

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

4. **ΕΛΛΑΔΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε, μέσα σε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησής της, να υποβάλετε ένσταση, στο (στην)

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

5. **ΙΣΠΑΝΙΑ**

Μπορείτε να υποβάλετε προσφυγή κατά της συνημμένης απόφασης, μέσα σε προθεσμία 30 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία της κοινοποίησής της, στον κατωτέρω φορέα:

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

είτε απευθείας είτε διαμέσου του φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας σας.

6. **ΓΑΛΛΙΑ**

Αν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα μέσα σε προθεσμία δύο μηνών από την ημέρα παραλαβής της κοινοποίησης να υποβάλετε προσφυγή στον αρχίατρο του παρακάτω τοπικού ταμείου ασφάλισης ασθένειας

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

▼B

Ε 118 Παράρτημα

7. **ΙΡΛΑΝΔΙΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε αίτηση στο «Social Welfare Appeals Office» (Γραφείο προσφυγών για θέματα κοινωνικής πρόνοιας), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί εντός 21 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της απόφασης.

8. **ΙΤΑΛΙΑ**

Αποφάσεις του INPS (Ασθένεια και μητρότητα)

Ο ασφαλισμένος που θέλει να προσβάλει απόφαση του INPS, μπορεί, εντός 90 ημερών από την παραλαβή της κοινοποίησης της εν λόγω απόφασης, να υποβάλει διοικητική ένσταση στην αρμόδια επαρχιακή επιτροπή.

Επιπλέον, ο ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα να προσφύγει στη δικαστική οδό εντός ενός έτους από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης της επιτροπής ή μετά την παρόδο 90 ημερών από την υποβολή της ένστασης εάν η επιτροπή δεν έχει λάβει ακόμη απόφαση.

Αποφάσεις του INPS (εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες)

Ο ασφαλισμένος που θέλει να προσβάλει απόφαση του INAIL, μπορεί, μέσα σε 60 ημέρες από την παραλαβή της κοινοποίησης που του διαβιβάστηκε, να γνωστοποιήσει στο INAIL, με συστημένη επιστολή και απόδειξη αποστολής ή παραλαβής, τους λόγους που τον κάνουν να θεωρεί την απόφαση αδικαιολόγητη.

Αν πρόκειται για ανικανότητα όχι προσωρινή, πρέπει να αναφέρει το ποσοστό αποζημίωσης για το οποίο θεωρεί πως έχει δικαίωμα να επιδοτηθεί. Πάντως, στην προσφυγή του πρέπει να επισυνάψει ιατρικό πιστοποιητικό που θα περιέχει στοιχεία για υποστήριξη της αίτησής του.

Αν δεν πάρει απάντηση μέσα σε 60 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής με το αποδεικτικό που αναφέρεται στο προηγούμενο εδάφιο, ή πάρει απάντηση που δεν θεωρεί ικανοποιητική, ο ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα να προσφύγει στο δικαστήριο κατά του INAIL.

Η ένσταση μπορεί να υποβληθεί στο INAIL είτε απευθείας είτε μέσω του φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής.

9. **ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε προσφυγή καταρχήν στο «Conseil arbitral des assurances sociales», εντός 40 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της απόφασης.

10. **ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη κοινοποίηση, έχετε δικαίωμα να ζητήσετε την έκδοση προσβλητέας απόφασης από τον αρμόδιο ολλανδικό φορέα (που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118) μέσα σε εύλογη προθεσμία. Η απόφαση αυτή θα προσδιορίζει τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες προσφυγής.

11. **ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με την παρούσα απόφαση, μπορείτε:

— σε περίπτωση μη αναγνώρισης της ανικανότητας προς εργασία, να υποβάλετε ένσταση στο περιφερειακό διοικητικό συμβούλιο υγείας (Comissão Instaladora da Administração Regional de Saude) εντός οκτώ ημερών από την παραλαβή της κοινοποίησης της απόφασης,

ή

— σε περίπτωση απόρριψης, για διοικητικούς λόγους, αίτησής σας για χρηματικές παροχές, να υποβάλετε ένσταση στο τοπικό αρμόδιο Διοικητικό Δικαστήριο (Tribunal Administrativo de Circulo) εντός δύο μηνών από την παραλαβή της κοινοποίησης της απόφασης. Εάν κατοικείτε εκτός Πορτογαλίας, μπορείτε να υποβάλετε την εν λόγω ένσταση εντός τεσσάρων μηνών από την παραλαβή της κοινοποίησης της απόφασης.

12. **ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε μέσα σε 28 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής να υποβάλετε ένσταση στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle-upon-Tyne ή στη «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Υπηρεσία κοινωνικών ασφαλίσεων της Βόρειας Ιρλανδίας, τμήμα εξωτερικού), στο Μπέλφαστ, ανάλογα με την περίπτωση.

13. **ΑΥΣΤΡΙΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με τις συνημμένες πληροφορίες (έντυπο Ε 118), μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για έκδοση απόφασης από τον αρμόδιο αυστριακό φορέα που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του προαναφερόμενου εντύπου, από τον οποίο θα λάβετε οδηγίες σχετικά με τα ένδικα μέσα στα οποία μπορείτε να προσφύγετε.

▼B

Ε 118 Παράρτημα

14. **ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ**

Εάν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε, εντός 30 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της συνημμένης απόφασης, να υποβάλετε ένσταση στο φινλανδικό ασφαλιστικό φορέο που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 το εντύπου Ε 118 ή στον πλησιέστερο ασφαλιστικό φορέα του τόπου κατοικίας σας, ο οποίος αναγράφεται επίσης σε ένα από τα προαναφερόμενα πλαίσια.

15. **ΙΣΛΑΝΔΙΑ**

Εάν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στον κρατικό οργανισμό κοινωνικών ασφαλίσεων, στο Ρέικιαβικ.

16. **ΛΙΧΤΕΝΣΤΑΙΝ**

α) όσον αφορά την ασφάλιση ασθενείας: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός ταμείου ασφάλισης ασθενείας, μπορείτε να ζητήσετε την έκδοση επίσημης απόφασης η οποία, αφενός, να είναι αιτιολογημένη και, αφετέρου, να παρέχει πληροφορίες για το σχετικό νομικό πλαίσιο.

Εντός 60 ημερών από την παραλαβή της εν λόγω επίσημης απόφασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να εγείρουν αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής·

β) όσον αφορά την ασφάλιση ατυχημάτων: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να υποβάλετε στον εν λόγω φορέα αίτηση επανεξέτασης της απόφασης.

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε επίσης, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να εγείρετε αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής. Αυτό ισχύει επίσης και για την απόφαση του εν λόγω φορέα επί της προαναφερόμενης αίτησης επανεξέτασης.

17. **ΝΟΡΒΗΓΙΑ**

Η ένσταση κατά απόφασης νορβηγικού ασφαλιστικού φορέα πρέπει να υποβάλλεται, εντός 6 εβδομάδων από την παραλαβή της κοινοποίησης της απόφασης, στο φορέα που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118.

18. **ΣΟΥΔΙΑ**

Μπορείτε, εντός περιόδου δύο μηνών από την πραγματική κοινοποίηση της απόφασης, να υποβάλετε ένσταση στον αρμόδιο σουηδικό φορέα που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118. Στην εν λόγω ένσταση πρέπει να αναφέρετε τους λόγους για τους οποίους θεωρείτε την απόφαση αδικαιολόγητη.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΚ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 3 και 4

E 119 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΝΕΡΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 25.1 και 3.i
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 26.1

Το έντυπο πρέπει να δοθεί στον άνεργο από τον αρμόδιο φορέα ή να σταλεί στο φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής, αν έχει εκδοθεί μετά από αίτηση αυτού του φορέα.

1 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
1.3 Σχετικό: έντυπό σας ☐ E 107 της ..... ☐ E 115 της .....

2 Άνεργος

2.1 Επώνυμο (3α)
.....
2.2 Ονόματα Προηγούμενα επώνυμα (3α) Ημερομηνία γεννήσεως
....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα όπου ο ενδιαφερόμενος ζητά απασχόληση (3)
.....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας .....

3 Τελευταίος εργοδότης, αν συντρέχει περίπτωση

3.1 Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχειρήσεως.....
3.2 Διεύθυνση (3) .....
.....

4 Ο παραπάνω ενδιαφερόμενος θεμελιώνει δικαίωμα για παροχές της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας

☐ σε είδος, για τον ίδιο προσωπικά

☐ σε χρήμα, για τον ίδιο προσωπικά

☐ σε είδος, για τα μέλη της οικογένειάς του

με τον όρο ότι ο φορέας ασφάλισης ανεργίας της χώρας όπου πήγε για αναζήτηση εργασίας έχει στείλει στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της ίδιας χώρας το έντυπο E 303/3 το οποίο περιέχει τη βεβαίωση που προβλέπεται στο άρθρο 26.2 πρώτο εδάφιο του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

5 Οι παροχές σε είδος είναι δυνατό να χορηγηθούν

5.1 ☐ για χρονική περίοδο που δεν υπερβαίνει εκείνη η οποία έχει ορισθεί αντίστοιχα για το δικαίωμα παροχών ανεργίας

5.2 ☐ για περιπτώσεις ασθένειας που εκδηλώθηκαν μέχρι και την ....., για χρονικό διάστημα ..... ημερών ..... εβδομάδων

6 Σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία, οι χρηματικές παροχές είναι δυνατό να χορηγηθούν

6.1 ☐ για χρονική περίοδο που δεν υπερβαίνει εκείνη η οποία έχει ορισθεί αντίστοιχα για το δικαίωμα παροχών ανεργίας

6.2 ☐ για τις περιπτώσεις ασθένειας που εκδηλώθηκαν μέχρι και την..... , για χρονικό διάστημα ..... ημερών .....εβδομάδων

7 Οι παραπάνω χρηματικές παροχές θα καταβληθούν

7.1 ☐ από μας

7.2 ☐ από σας, για λογαριασμό μας (3β)

▼B

E 119

8	
8.1	Το επίδομα πρέπει να χορηγείται
8.2	☐ για τις ίδιες ημέρες της εβδομάδας που προβλέπονται και στην ασφάλιση ανεργίας
8.3	☐ για όλες τις ημέρες της εβδομάδας, εκτός από ☐ Δευτέρα ☐ Τρίτη ☐ Τετάρτη ☐ Πέμπτη ☐ Παρασκευή ☐ Σάββατο ☐ Κυριακή

9	(4)
9.1	Το καθαρό ημερήσιο ποσό του παραπάνω επιδόματος
9.2	☐ είναι ίσο με το αντίστοιχο της ασφάλισης ανεργίας
9.3	☐ ανέρχεται σε ..... (5) αν ο ασφαλισμένος δεν έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή σε ..... (5) αν ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα

10	Αρμόδιος φορέας (6)
10.1	Επωνυμία ..... Κώδικος αριθμός (7) .....
10.2	Διεύθυνση (3) .....
	.....
10.3	Σφραγίδα
10.4	Ημερομηνία .....
10.5	Υπογραφή
	.....

▼B

E 119

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον άνεργο

α) *Εκτός από το έντυπο Ε 119, χρειάζεται να έχετε και ένα αντίτυπο του εντύπου Ε 303/3, του οποίου το σημείο 7 πρέπει να έχει συμπληρωθεί από το φορέα ασφάλισης ανεργίας της χώρας όπου αναζητάτε εργασία.*

Για να λάβετε, εσείς και τα μέλη της οικογένειάς σας, παροχές σε είδος της ασφάλισης ασθένειας, πρέπει να απευθυνθείτε στον ακόλουθο φορέα:

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (Κοινοτική διοικητική υπηρεσία). Στην κοινότητα της Κοπεγχάγης, στη «Magistrat» (Τοπική κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα του Frederiksberg, στην «Kommunalbestyrelse» (Τοπική κοινοτική αρχή). Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη είναι δυνατό να παρασχεθεί χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τους ανωτέρω φορείς. Το έντυπο προσκομίζεται κάθε φορά που ζητάτε παροχές. Πληροφορίες σχετικά με τους γιατρούς ή οδοντογιατρούς στους οποίους πρέπει να απευθύνεται ο ασφαλισμένος παρέχονται στο «Social- og sundhedsforvaltning» (Τοπικό γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και υγιεινής)·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθένειας)·*

στην **Ελλάδα,** *(κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ), που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στην «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Περιφερειακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου διαμονής ή κατοικίας. Εάν ζητάτε παροχές μπορείτε να απευθυνθείτε στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο, καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή που ζητείται η παροχή·*

στην **Ιταλία,** *στην «Unità sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στο «Caisse de maladie des ouvriers» (Ταμείο αοθενείας εργατών)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο αρμόδιο ταμείο ασθένειας του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στην «Administração Regional de Saúde» (Περιφερειακή διοίκηση υγείας) του τόπου διαμονής ή κατοικίας·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Saúde Pública» (Περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Saúde» (Περιφερειακή διεύθυνση υγείας), στην Angra do Heroísmo·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στην υπηρεσία υγείας που είναι αρμόδια για την αιτούμενη θεραπεία (γιατρός, οδοντογιατρός, νοσοκομείο κλπ.)·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse» (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή του τόπου προσωρινής διαμονής·*

στη **Φινλανδία,** *στο τοπικό γραφείο του «Kansanelakelaitos» (ιατρικόν κοινωνικών ασφαλίσεων), αν ζητείται απόδοση ιατρικών δαπανών που έχουν πραγματοποιηθεί στον ιδιωτικό τομέα. Οι παροχές σε είδος μπορούν να χορηγηθούν από τα δημοτικά κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία κατόπιν παρουσίασης της παρούσας βεβαίωσης·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» (το Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale Trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα. Σε περίπτωση ανάγκης περίθαλψης, ο ενδιαφερόμενος πρέπει να υποβάλει το παρόν έντυπο·*

στη **Σουηδία,** *στο «försäkringskassan» (γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, ιατρός, οδοντίατρος κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα.*

β) *Για να πάρετε χρηματικές παροχές, εσείς ο ίδιος, σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία ή νοσηλείας, οφείλετε να παρουσιάζετε (δεν χρειάζεται αν βρίσκεστε στις Κάτω Χώρες) τα έντυπα που αναφέρονται παραπάνω στο στοιχείο α), καθώς και βεβαίωση ανικανότητας για εργασία από τον θεράποντα γιατρό σας, στον ακόλουθο φορέα:*

— *αν βρίσκεστε στο Βέλγιο, στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία, στη Φινλανδία, στην Ισλανδία, στο Λιχτενστάιν, στη Νορβηγία ή στη Σουηδία: στον ασφαλιστικό φορέα που αναφέρεται στο στοιχείο α)·*

— *αν βρίσκεστε στη Δανία: στο «Stedlige social- og sundhedsforvaltning» (Τοπικό γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και υγιεινής). Για τις κοινότητες Κοπεγχάγης, Odense, Ålborg και Århus, στο «Magistrat» (Τοπική κοινοτική αρχή)·*

— *αν βρίσκεστε στην Ιρλανδία, στο «Department of Social Welfare, EC Record Section» Υπουργείο κοινωνικής πρόνοιας, υπηρεσία αρχείων ΕΚ), Δουβλίνο 2·*

— *αν βρίσκεστε στις Κάτω Χώρες, θα πρέπει να δηλώστε την ανικανότητά σας προς εργασία στο «Gemeenschappelijk Administratie-kantoor (GAK)» (Κοινό γραφείο διοικήσεως), που σας χορηγεί το επίδομα ανεργίας·*

— *αν βρίσκεστε στην Πορτογαλία,* **για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στο «Centro Regional de Segurança Social» (Περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου διαμονής ή κατοικίας·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Segurança Social» (Περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Funchal·* **για τις Αζόρες,** *στην «Direcção Regional de Segurança Social» (Περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στην Angra do Heroísmo·*

— *αν βρίσκεστε στο Ηνωμένο Βασίλειο: στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού), στο Newcastle-upon-Tyne, ή στην «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Υπηρεσία κοινωνικών ασφαλίσεων της Βόρειας Ιρλανδίας, Τμήμα Εξωτερικού), στο Μπέλφαστ, ανάλογα με την περίπτωση.*

▼B

E 119

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο έχει εκδοθεί μετά από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3β) Εάν το παρόν έντυπο απευθύνεται σε ιταλικό φορέα, το τετράγωνο αυτό μπορεί να μείνει κενό και σημειώνεται σταυρός μόνο στο τετράγωνο 7.1.

(4) Συμπληρώνεται αυτό το πλαίσιο μόνο όταν οι χρηματικές παροχές πρέπει να χορηγηθούν από το φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής.

(5) Σημειώνεται το ποσό στο νόμισμα της αρμόδιας χώρας.

(6) Αν το παρόν έντυπο εκδίδεται από φορέα των Κάτω Χωρών, οι παροχές σε είδος βαρύνουν το «Ziekenfondsraad» (Συμβούλιο των ταμείων ασθένειας) στο Amstelveen· οι χρηματικές παροχές βαρύνουν το φορέα που εκδίδει το έντυπο.

(7) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 4

E 120 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 26.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 28

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και δίνει δύο αντίτυπα στον ενδιαφερόμενο, ο οποίος πρέπει να τα υποβάλει στο φορέα του τόπου κατοικίας. Αν ο αιτών σύνταξη κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, και τα δύο αντίτυπα του εντύπου πρέπει να στέλνονται απευθείας στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού), στο Newcastle-upon-Tyne. Μετά την παραλαβή των δύο αντιτύπων, ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Β και στέλνει ένα αντίτυπο στο φορέα που αναγράφεται στο πλαίσιο 6. Αν συντρέχει περίπτωση, τα δύο αντίτυπα στέλνονται πρώτα στο φορέα που πρέπει να συμπληρώσει τα πλαίσια 5 και 6.

Α. Γνωστοποίηση για το δικαίωμα

1 Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
1.3 Σχετικό: έντυπό σας E 107 της ..... (ημερομηνία)

2 Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο (3α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (3) .....
.....
2.4 Αριθμός ταυτότητας (3β) .....

3 Συμπληρώνεται από το φορέα που έχει υποβληθεί αίτηση για σύνταξη

3.1 Ο παραπάνω ενδιαφερόμενος υπέβαλε την ..... αίτηση για σύνταξη
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ επιζώντων (θανάτου)
☐ λόγω εργατικού ατυχήματος ☐ λόγω επαγγελματικής ασθένειας
3.2 (4) ☐ Από την εξέταση της αίτησης προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος δικαιούται σύνταξης από μας

4 Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 3

4.1 Επωνυμία .....
4.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
4.3 Σφραγίδα
4.4 Ημερομηνία .....
4.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 120

5 Συμπληρώνεται από το φορέα στον οποίο υποβλήθηκε η αίτηση για σύνταξη ή από το φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της χώρας στο έδαφος της οποίας υποβλήθηκε η αίτηση αυτή (6)

5.1 Κωδικός αριθμός του φορέα εξέτασης (4α) .....

5.2 Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του δικαιούνται παροχές σε είδος της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας

5.3 ☐ από την ..... (ημερομηνία) και μέχρι την ακύρωση αυτής της βεβαίωσης

5.4 ☐ για ένα έτος, από .....

6 Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 5 (6)

6.1 Επωνυμία .....

6.2 Διεύθυνση (3) .....

.....

6.3 Σφραγίδα

6.4 Ημερομηνία .....

6.5 Υπογραφή

.....

Β. Γνωστοποίηση εγγραφής ή μη εγγραφής

7 (5) ☐

7.1 Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του δεν γράφτηκαν (στο φορέα μας), γιατί

.....

.....

8 (5) ☐

8.1 Κωδικός αριθμός του φορέα του τόπου κατοικίας (4α) .....

8.2 Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 και τα παρακάτω μέλη της οικογένειάς του γράφτηκαν την ..... (ημερομηνία)

9 Εγγεγραμμένα μέλη της οικογένειας

	Επώνυμο (3α)	Ονόματα	Φύλο Α	Φύλο Γ	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

▼B

E 120

10	Φορέας του τόπου κατοικίας
10.1	Επωνυμία .....
10.2	Διεύθυνση (3) .....
	.....
10.3	Σφραγίδα
10.4	Ημερομηνία .....
10.5	Υπογραφή
	.....

▼M2

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 4

E 121 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ Ή ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 28.1.α)· άρθρο 29.1.α)
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 29.1, 2 και 3· άρθρο 30.1· άρθρο 95.4

Ο φορέας που οφείλει να εκδώσει τη βεβαίωση, σύμφωνα με το άρθρο 29.2 ή το άρθρο 30.1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και δίνει δύο αντίτυπα στον συνταξιούχο ή στο μέλος της οικογένειάς του ή τα στέλνει στο φορέα του τόπου κατοικίας, αν ο τελευταίος είχε ζητήσει την έκδοση του εντύπου. Αν ο συνταξιούχος ή το μέλος της οικογένειάς του κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα δύο αντίτυπα του εντύπου πρέπει να στέλνονται απευθείας στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle-upon-Tyne. Αν χρειάζεται, τα δύο αντίτυπα στέλνονται πρώτα στον φορέα που πρέπει να συμπληρώσει τα πλαίσια 6 και 7. Μετά την παραλαβή των δύο αντιτύπων, ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Β και στέλνει ένα αντίτυπο στο φορέα που αναγράφεται στο πλαίσιο 7.

A. **Γνωστοποίηση για το δικαίωμα**

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1. Επωνυμία: .....
1.2. Διεύθυνση (3): .....
.....
1.3. Σχετικό: έντυπό σας E 107 της .....

2. ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)

2.1. Επώνυμο (4)
.....
2.2. Ονόματα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (4): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3. Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (3):
.....
2.4. Ημερομηνία πιθανής μεταφοράς της κατοικίας: .....
2.5. Αριθμός ταυτότητας (5): .....

3. Συμπληρώνεται από το φορέα που οφείλει (που καταβάλλει) την σύνταξη

3.1. Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται ανωτέρω δικαιούται σύνταξη
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ επιζώντων
☐ λόγω εργατικού ατυχήματος ☐ λόγω επαγγελματικής ασθένειας
3.2. από την .....
3.3. Αριθμός σύνταξης: .....

4. Φορέας που συμπληρώνει το πλαίσιο 3 (6)

4.1. Επωνυμία: .....
4.2. Διεύθυνση (3): .....
.....
4.3. Σφραγίδα
4.4. Ημερομηνία: .....
4.5. Υπογραφή
.....

▼M2

E 121

5. Μέλος της οικογένειας του συνταξιούχου

5.1. Επώνυμο (4)

.....

5.2. Ονόματα: Προηγούμενα επώνυμα (4): Ημερομηνία γέννησης:

....

5.3. Διεύθυνση στην χώρα κατοικίας (3): .....

.....

5.4. Ημερομηνία πιθανής μεταφοράς της κατοικίας: .....

5.5. Αριθμός ταυτότητας (5): .....

6. Συμπληρώνεται από το φορέα που οφείλει (που καταβάλλει) την σύνταξη ή από τον φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της χώρας, από την οποία καταβάλλεται η σύνταξη (7)

6.1. Κωδικός αριθμός του φορέα εξέτασης (8): .....

6.2. ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 5

έχει/δικαιούται παροχές σε είδος της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας από την .....

6.3. Το κόστος των παροχών που θα χορηγηθούν στην χώρα κατοικίας των ενδιαφερομένων —που δεν είναι η αρμόδια χώρα— βαρύνουν το φορέα μας

6.4. ☐ από την ..... και μέχρι την ακύρωση αυτής της βεβαίωσης

6.5. ☐ ένα έτος αρχής γενομένης από ..... (9)

6.6. ☐ Με την έκδοση αυτής της βεβαίωσης παύει να ισχύει το έντυπο E ..... της .....

7. Φορέας που συμπληρώνει το πλαίσιο 6 (7)

7.1. Επωνυμία: .....

7.2. Διεύθυνση (3): .....

.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:

.....

Β. Γνωστοποίηση εγγραφής ή μη εγγραφής

8. ☐ (10)

8.1. ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 5

δεν ενεγράφη στο φορέα μας

8.2. ☐ γιατί ο ενδιαφερόμενος δικαιούται ήδη παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας της χώρας μας

8.3. ☐ άλλοι λόγοι: .....

.....

.....

▼M2

E 121

9. ☐ (10)

9.1. ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναγράφεται στο πλαίσιο 5

έχει εγγραφεί

9.2. Το κόστος αυτών των παροχών βαρύνει το φορέα σας· η ημερομηνία, από την οποία θα αρχίσει να υπολογίζεται το κατ' αποκοπή ποσό που προβλέπεται από το άρθρο 95 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, είναι η .....

9.3. Κωδικός αριθμός του φορέα του τόπου κατοικίας (8): .....

10. Φορέας του τόπου κατοικίας του συνταξιούχου ή του μέλους οικογένειάς του

10.1. Επωνυμία: .....

10.2. Διεύθυνση (3): .....

.....

10.3. Σφραγίδα

10.4. Ημερομηνία: .....

10.5. Υπογραφή:

.....

▼M2

E 121

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με τυπογραφικούς χαρακτήρες και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες· καμία από αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη και αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία. Για κάθε ενδιαφερόμενο πρέπει να συμπληρώνεται χωριστό έντυπο.

Πληροφορίες για το συνταξιούχο ή το μέλος της οικογενείας του

α) Οφείλετε να υποβάλετε, το συντομότερο δυνατό, τα δύο αντίτυπα αυτού του εντύπου, σε έναν από τους ασφαλιστικούς φορείς που αναφέρονται παρακάτω (ανάλογα με τη χώρα που μένετε):

στο **Βέλγιο,** «la mutualité» (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·

στη **Δανία,** στο «kommunekontoret på bopælsstedet» (δήμο/κοινότητα του τόπου κατοικίας)·

στη **Γερμανία,** στο «Krankenkasse» (ταμείο ασθένειας) του τόπου κατοικίας κατ' επιλογήν του ενδιαφερομένου·

στην **Ελλάδα,** κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ), που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·

στην **Ισπανία,** στην «Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social» (επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·

στη **Γαλλία,** στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (ταμείο ασθένειας)·

στην **Ιρλανδία,** στο «Health Board» (υπηρεσία υγιεινής) στην περιοχή που ζητείται η παροχή·

στην **Ιταλία,** στο «Unità sanitaria locale» (USL, τοπική μονάδα διοίκησης υγείας)·

στο **Λουξεμβούργο,** στο «Caisse de maladie des ouvriers» (ταμείο ασθενείας εργατών)·

στις **Κάτω Χώρες,** σε οποιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθένειας του τόπου κατοικίας·

στην **Αυστρία,** στο αρμόδιο «Gebietskrankenkasse» (περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας·

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό μέρος,** στο «Centro Regional de Segurança Social» (περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων)· για τη **Μαδέρα,** στην «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Funchal· **για τις Αζόρες,** στην «Direcção Regional de Segurança Social» (περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στην Angra do Heroísmo·

στη **Φινλανδία,** στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläekelaitos» (ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων)·

στη **Σουηδία,** στο «Försäkringskassan» (γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·

στην **Ισλανδία** στο «Tryggingastofnun rikisins» (κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·

στο **Λιχτενστάιν,** στο «Amt für Volkswirtschaft» (υπουργείο εθνικής οικονομίας), στη Βαντούζ·

στη **Νορβηγία,** στο τοπικό «Trygdekontor» (γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.

β) Οφείλετε να ειδοποιήσετε τον ασφαλιστικό τομέα στον οποίο θα κατατεθεί το έντυπο, για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα σε παροχές σε είδος (αναστολή ή λήξη της σύνταξης, αλλαγή του τόπου κατοικίας κ.λπ.)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(*) ΕΟΧ — συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Γερμανία· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L =Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· S = Σουηδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία.

(2) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο εκδίδεται μετά από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός κώδικας, πόλη, χώρα.

(4) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) με τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(5) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(6) Στη Γαλλία, σ' ό,τι αφορά του μη μισθωτούς, το πλαίσιο αυτό συμπληρώνεται από το φορέα ασφάλισης ασθένειας ή μητρότητας.

(7) Στην Ιταλία, τα πλαίσια 6 και 7 συμπληρώνονται αποκλειστικά από την USL ή το υπουργείο υγείας.

(8) Συμπληρώνεται αν υπάρχει.

(9) Συμπληρώνεται σε περίπτωση που το έντυπο που εκδίδεται από ένα γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα αφορά μέλος οικογενείας.

(10) Στα πλαίσια 8 και 9 συμπληρώνονται όσα αντιστοιχούν κατά περίπτωση και σημειώνεται σταυρός στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο.

▼M2

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 123 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 52.α· άρθρο 55.1.α.i, β.i και γ.i
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 60.1· άρθρο 62.4 και 6· άρθρο 63.1 και 3

Όταν το έντυπο έχει ζητηθεί με έντυπο E 107 από το φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής του ενδιαφερομένου, πρέπει να απευθύνεται σ'αυτόν το φορέα· σε κάθε άλλη περίπτωση, πρέπει να δίνεται στον εργαζόμενο. Αν ο τελευταίος πηγαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα αντίτυπο του εντύπου πρέπει να σταλεί και στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle-upon-Tyne.

1 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
1.3 Σχετικό: έντυπό σας E 107 της .....

2 ☐ Εργαζόμενος μισθωτός ☐ Μη μισθωτός

2.1 Επώνυμο (3α)
.....
2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
2.3 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα (3)
.....
.....
2.4 Διεύθυνση στη χώρα μεταβάσεως του ενδιαφερομένου (3)
.....
.....
2.5 Αριθμός ταυτότητας (3β) .....

3 Βάσει

3.1 ☐ των πληροφοριών που παρέχονται στο έντυπό σας E 107 της .....
3.2 ☐ του εργατικού ατυχήματος που επήλθε την .....
και είχε τις ακόλουθες συνέπειες
.....
.....
.....
3.3 ☐ της επαγγελματικής ασθένειας που διαγνώσθηκε την .....
και είχε τις ακόλουθες συνέπειες
.....
.....
3.4 ☐ της έγκρισης που δώσαμε στον ενδιαφερόμενο να διατηρήσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος
στη (στο) ..... (χώρα), όπου μεταβαίνει
☐ για να κατοικήσει ☐ για να έχει περίθαλψη

▼B

E 123

4	Ο παραπάνω εργαζόμενος δικαιούται παροχές σε είδος ☐ λόγω εργατικού ατυχήματος ☐ λόγω επαγγελματικής ασθένειας
4.1	☐ κατά το χρονικό διάστημα που προβλέπει η νομοθεσία της χώρας κατοικίας
4.2	☐ την .....
4.3	☐ για τρείς μήνες (ανώτατη διάρκεια)
4.4	☐ χωρίς χρονικό περιορισμό

5	Η έκθεση του ελεγκτή γιατρού μας
5.1	☐ επισυνάπτεται σε σφραγισμένο φάκελο
5.2	☐ στάλθηκε την ..... προς (4) .....
	.....
5.3	☐ μπορεί να σας σταλεί αν μας ζητηθεί
5.4	☐ δεν έχει συνταχθεί

6	Αρμόδιος φορέας
6.1	Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5) .....
6.2	Διεύθυνση (3) .....
	.....
6.3	Σφραγίδα
6.4	Ημερομηνία .....
6.5	Υπογραφή
	.....

▼B

E 123

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

Οφείλετε να παρουσιάσετε, το συντομότερο δυνατό, την παρούσα βεβαίωση στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας στην οποία πήγατε, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** *στο «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *στην αρμόδια «Amtskommune» (Κοινοτική διοικητική υπηρεσία). Στην κοινότητα Κοπεγχάγης στη «Magistrat» (Τοπική κοινοτική αρχή) και στην κοινότητα Frederiksberg στην «Kommunalbestyrelse» (Τοπική κοινοτική αρχή). Σε περίπτωση προσωρινής διαμονής, η παροχή ιατροφαρμακευτικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι δυνατή χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τους ανωτέρω φορείς. Ο ενδιαφερόμενος οφείλει να παρουσιάζει το έντυπο κάθε φορά που ζητά παροχές. Πληροφορίες για τους γιατρούς και τους οδοντογιατρούς στους οποίους πρέπει να απευθύνεται παρέχονται από το «Stedlige sociale- og sundhedsforvaltning» (Τοπικό γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και υγιεινής). Για περίθαλψη, παρουσιάζετε το έντυπο στο φορέα που παρέχει την περίθαλψη·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στον αρμόδο φορέα ασφάλισης ατυχημάτων του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής·*

στην **Ελλάδα,** *κατά γενικό κανόνα, στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ) που δίνει στον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος ασφάλισης υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού·*

στη **Γαλλία,** *στο «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στη **Ιρλανδία,** *στη «Health Board» (Υπηρεσία υγείας) στην περιοχή που γητείται η παροχή·*

στην **Ιταλία:**

α) κατά γενικό κανόνα, στην «Unità sanitaria locale» (USL) (Τοπική μονάδα της διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή· για τους ναυτικούς και το προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, στο «Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Υπουργείο υγείας — Υπηρεσία υγείας για τη ναυτιλία ή την αεροπορία) που είναι αρμόδιο ανάλογα με την περιοχή,

β) για προθέσεις, μεγάλες συσκευές, ιατροδικαστικές παροχές και ιατρικές εξετάσεις και πιστοποιητικά, στην επαρχιακή έδρα του «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (INAIL) (Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης κατά των εργατικών ατυχημάτων)·

στο **Λουξεμβούργο,** *στην «Association d'assurance contre les accidents» (Ένωση ασφάλισης ατυχημάτων)·*

στις **Κάτω Χώρες,** *σ' ένα αρμόδιο ταμείο ασθένειας του τόπου κατοικίας ή, σε περίπτωση προσωρινής διαμονής, στο «ANOZ Verzekeringen», στην Ουτρέχτη. Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με το ANOZ Verzekeringen·*

στην **Πορτογαλία,** *στο «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Εθνικό ταμείο ασφάλισης επαγγελματικών ασθενειών) στη Λισσαβώνα·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στο υγειονομικό όργανο ή μονάδα από την οποία αιτείται η παροχή (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο κλπ.)·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse», (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή του τόπου προσωρινής διαμονής ή στον «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (Οργανισμός ασφάλισης γενικών ατυχημάτων), στη Βιένη·*

στη **Φινλανδία,** *στην Tapaturmavakuutuslaitosten liitto» (Ομοσπονδία οργανισμών ασφάλισης ατυχημάτων)·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins» (Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο εθνικής οικονομίας)·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα·*
στη **Σουηδία,** *στο «forsäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρός, οδοντίατρο κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Συμπληρώνεται μόνο όταν το έντυπο εκδίδεται μετά από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής του ενδιαφερομένου.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(3β) Για τους ιταλούς πολίτες σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(4) Επωνυμία και διεύθυνση του φορέα στον οποίο έχει σταλεί η ιατρική έκθεση.

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 2 και 3

E 124 ☐ (1)

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 65
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 78

1 Ο υπογεγραμμένος

1.1 Επώνυμο (1α)
.....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.3 Αριθμός ταυτότητας (2) (2β) .....

1.4 Φορέας του ασφαλισμένου (2) (3) .....
.....

1.5 Βαθμός συγγενείας με τον θανόντα .....

1.6 Διεύθυνση (4) .....
.....

2 ζητώ να μου χορηγηθεί επίδομα λόγω θανάτου του (5)

3
☐ μισθωτού ☐ συνταξιούχου
☐ μη μισθωτού ☐ αιτούντος σύνταξη
☐ μέλους της οικογένειας

3.1 Επώνυμο (1α)
.....

3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

3.3 Αριθμός ταυτότητας (2) (2α) .....

3.4 Ημερομηνία θανάτου .....

3.5 Αιτία θανάτου (6)
☐ ασθένεια ☐ ατύχημα ☐ εργατικό ατύχημα
☐ επαγγελματική ασθένεια
☐ άλλες αιτίες

3.6 Φορέας στον οποίο ήταν ασφαλισμένος ο θανών (2) (3) .....
.....

4 Ο αιτών επίδομα ☐ ήταν συντηρούμενος ☐ δεν ήταν συντηρούμενος από τον θανόντα

5 Ο θανών ☐ ήταν συντηρούμενος ☐ δεν ήταν συντηρούμενος από τον αιτούντα επίδομα

6 Ο θανών ☐ ήταν ☐ δεν ήταν φιλοξενούμενος έναντι αμοιβής
☐ από τον αιτούντα το επίδομα
☐ σ' ένα ίδρυμα στο οποίο ο αιτών το επίδομα είναι ο διαχειριστής, μέλος του προσωπικού ή οικότροφος (7)

7 Ο αιτών το επίδομα ☐ είναι ☐ δεν είναι επιχειρηματίας γραφείου κηδειών, υπάλληλος (7) (8)
ή εντολοδόχος του ως άνω επιχειρηματία (4β)

8 Τα έξοδα κηδείας ανέρχονται σε (9) ..... · καταβλήθηκαν από .....

9 Θα βρήτε προσαρτημένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά .....
.....
.....
.....

10 Παρακαλώ καταθέστε το οφειλόμενο ποσό στο λογαριασμό μου αριθ. .....
στην τράπεζα ..... διεύθυνση: ..... (10)

11 Ημερομηνία .....

11.1 Υπογραφή
.....

▼B

E 124

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται απο τρεις σελίδες· καμία σπ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον αιτούντα

α) Για να σας χορηγηθεί επίδομα θανάτου, οφείλετε να υποβάλετε αίτηση, χρησιμοποιώντας αυτό το έντυπο:

— είτε στον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα,

— είτε στον ασφαλιστικό φορέα του τόπου όπου βρίσκεστε, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,** *σ' ένα «Mutualité» (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·*

στη **Δανία,** *στη «Sikringsstyrelsen» (Εθνική υπηρεσία κοινωνικής ασφαλίσεως), στην Κοπεγχάγη στο Sundhedsministeret (Υπουργείο υγείας), στην Κοπεγχάνη·*

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Τοπικό ταμείο ασθένειας)·*

στην **Ελλάδα,** *στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ)·*

στην **Ισπανία,** *στην «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·*

στη **Γαλλία,** *στον οργανισμό που χορηγεί ή που θα χορηγούσε τις παροχές σε είδος της ασφάλειας ασθένειας·*

στην **Ιρλανδία,** *στο «Department of Social Welfare» (Υπουργείο κοινωνικής πρόνοιας), στο Δουβλίνο·*

στην **Ιταλία,** *στην επαρχιακή έδρα του INAIL·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στην «Union des caisses de maladie» (Ένωση ταμείων ασθενείας)·*

στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα,** *στο «Centro Regional de Segurança Social» (Περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·* **για τη Μαδέρα,** *στην «Direcção Regional de Segurança Social» (Περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Funchal·* **για τις Αζόρες** στην *«Direcção Regional de Segurança Social» (Περιφερειακή διεύθυνση κοινωνικών ασφαλίσεων), στην Angra do Heroísmo·*

στην **Αυστρία,** *στο «Gebietskrankenkasse», (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας·*

στη **Φινλανδία,** *στο «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων),Helsinki, local office, P.O. Box 00601 Helsinki·*

στην **Ισλανδία,** *στο «Tryggingastofnun rikisins», στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** *στο Υπουργείο εθνικής οικονομίας·*

στη **Νορβηγία,** *στο «lokale trygdekontor» (το τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής·*

στη **Σουηδία,** *στο «forsäkringskassan» (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής.*

β) Οφείλετε να επισυνάψετε στην αίτησή σας τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

για το **Βέλγιο,**
απόσπασμα της πράξεως θανάτου, το οποίο εκδίδει η κοινοτική αρχή·
τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·
πιστοποιητικό που να αποδεικνύει τον βαθμό συγγένειας εξ αίματος ή εξ αγχιστείας με τον αποθανόντα ή, δεδομένης περιπτώσεως, τη συγκατοίκηση μ' αυτόν·

για τη **Δανία,**
παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις «veiledning om ansogning for begravelseshalp» (Οδηγίες αίτησης επιδόματος θανάτου), τις οποίες θα λάβετε στη συνέχεια·

για την **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *την πράξη θανάτου·*

για την **Ελλάδα,**
την πράξη θανάτου·
το βιβλιάριο υγείας·
τα ασφαλιστικά δελτία·
αν υπάρχει λόγος, τα εξοφλημένα τιμολόγια για τα έξοδα κηδείας·

για την **Ισπανία,**
— το πιστοποιητικό θανάτου
— βεβαίωση περί του βαθμού συγγένειας και κοινού βίου του αιτούντος με τον ασφαλισμένο ή συνταξιούχο που απεβίωσε, ή
— τις εξοφλημένες αποδείξεις για τα έξοδα κηδείας, αν ο αιτών δεν συγγενεύει ή δεν ζούσε από κοινού με τον αποβιώσαντα·

για τη **Γαλλία,**
— σε όλες τις περιπτώσεις, το «Bulletin de décès» (δελτίο θανάτου) του ασφαλισμένου·
— επιπλέον, ανάλογα με την περίπτωση:
— αν υπήρξατε ο (η) σύζυγος του (της) ασφαλισμένου(-ης), το «Fiche familiale d'état civil» (απόσπασμα οικογενειακής μερίδας),
— αν είστε επιζών αυτού (υιός, θυγατέρα, εγγονός, κλπ.) το «Fiche familiale d'état civil» (απόσπασμα οικογενειακής μερίδας) που να αποδεικνύει το βαθμό συγγενείας (του θανόντος) μ' εσάς,
— αν είστε πρόγονός του (πατέρας, μητέρα, πάππος, κλπ.) το «Fiche individuel d'état civil» (ατομικό απόσπασμα οικογενειακής μερίδας),
— αν, υπό οποιαδήποτε ιδιότητα, ο θανών σας συντηρούσε, μία υπεύθυνη δήλωση (βεβαίωση) ότι η συντήρησή σας εβάρυνε πραγματικά, εξ ολοκλήρου και συνεχώς τον θανόντα·

για την **Ιρλανδία,**
το πιστοποιητικό θανάτου·
το πιστοποιητικό γάμου, κατά περίπτωση·
τον υπολογισμό ή λογαριασμό του εργολάβου· ή
σε περίπτωση που αναλάβατε εσείς τη δαπάνη, την απόδειξη εξόδων κηδείας·

για την **Ιταλία,**
το πιστοποιητικό θανάτου·
το αποδεικτικό ασφαλιστικού μητρώου·
τη βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης, αν υπάρχει λόγος·

▼B

E 124

για το **Λουξεμβούργο,**	*την πράξη θανάτου·* *τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·* *αν συντρέχει περίπτωση, πιστοποιητικό της κοινοτικής αρχής που να βεβαιώνει τη συζυγική συμβίωση·*
για την **Πορτογαλία,**	*— σε όλες τις περιπτώσεις, πιστοποιητικό θανάτου και τις εξοφλημένες αποδείξεις των εξόδων κηδείας,* *— επιπλέον, ανάλογα με την περίπτωση:* *— εάν είσαστε ο (η) σύζυγος του αποβιώσαντος ή κατιών, το πλήρες πιστοποιητικό γεννήσεως,* *— εάν είστε ανιών του οποίου το βάρος της συντηρήσεως είχε ο αποβιώσας, βεβαίωση για τα εισοδήματά σας·*
για την **Αυστρία,**	*το πιστοποιητικό θανάτου·*
για τη **Φινλανδία,**	*το πιστοποιητικό θανάτου· τα έγγραφα που πιστοποιούν το βαθμό συγγένειας με τον αποβιώσαντα·* *αν ο αιτών είναι επιχειρηματίας γραφείου κηδειών, ένα πληρεξούσιο του δικαιούχου του επιδόματος·*
για το **Λιχτενστάϊν,**	*το πιστοποιητικό θανάτου·* *την έκθεση που πιστοποιεί την αιτία του θανάτου·* *τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·*
για τη **Νορβηγία,**	*το πιστοποιητικό θανάτου·*
για τη **Σουηδία,**	*το πιστοποιητικό θανάτου·* *την έκθεση που πιστοποιεί την αιτία του θανάτου.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας κατοικίας του αιτούντος επίδομα: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(1α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(2) Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση εργαζομένου ή δικαιούχου σύνταξης (ή αιτούντος).

(2α) Στην περίπτωση δικαιούχου ή αιτούντος συντάξεως ισπανικής υπηκοότητας, σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική του ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν».

(2β) Για τους ανάγκες των φινλανδικών φορέων, σημειώστε τον εθνικό αριθμό μητρώου (ταυτότητας), αν ο αιτών είναι φυσικό πρόσωπο.

(3) Σημειώστε την επωνυμία και τη διεύθυνση.

(4) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(5) Για τις ανάγκες των πορτογαλικών φορέων, συμπληρώστε πρόσθετο φύλλο.

(6) Σύμφωνα με τη νομοθεσία του Λιχτενστάιν και της Σουηδίας, για την υποβολή αίτησης επιδόματος θανάτου, η αιτία του θανάτου πρέπει να είναι είτε «εργατικό ατύχημα» είτε «επαγγελματική ασθένεια».

(7) Πρέπει να συμπληρωθεί, όταν το επίδομα ζητείται σύμφωνα με τη νομοθεσία του Βελγίου, εάν ο αιτών το επίδομα δεν είναι ο σύζυγος ή συγγενής εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τρίτου βαθμού με τον αποβιώσαντα.

(8) Όταν το επίδομα ζητείται σύμφωνα με τη νομοθεσία της Φινλανδίας, εάν ο αιτών το επίδομα είναι επιχειρηματίας γραφείου κηδειών, πρέπει να αποστέλλεται ένα πληρεξούσιο του δικαιούχου του επιδόματος.

(9) Σημειώνεται το ποσό στο νόμισμα της χώρας κατοικίας του αιτούντος το επίδομα.

(10) Δεν ισχύει για τους ιρλανδικούς φορείς.

▼B

Πρόσθετο Ε 124

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΗΣ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑΣ

1	Σύζυγος
1.1	Οικογενειακή κατάσταση ☐ χήρος(-α) ☐ ξαναπαντρεμένος(-η) ☐ διαζευγμένος(-η)
1.2	Κατά τον επισυμβάντα θάνατο αυτός(-ή) ζούσε κάτω από την ίδια στέγη και το βάρος συντηρήσεως ήταν του (της) αποθανόντος(-ούσας); ☐ Ναι ☐ Όχι

2	Παιδιά δικαιούμενα οικογενειακού επιδόματος					
	Επώνυμο	Ονόματα	Συγγενική σχέση	Ημερομηνία γεννήσεως	Βαθμίδα εκπαιδεύσεως	Ανάπηρα
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 125 ☐ (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2· άρθρο 63.1· άρθρο 87.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 93.1, 2, 4 και 5· άρθρο 105.1

Συμπλήρωση ξεχωριστού εντύπου για κάθε δικαιούχο

1 Αριθ. τιμολογίου ..... (2) ☐ 1ο εξάμηνο ☐ 2ο εξάμηνο οικονομικής χρήσης 19.....

2 Αρμόδιος φορέας προορισμού (του εντύπου)

2.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (2α) .....
2.2 Διεύθυνση (3) .....
.....

3 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών) ☐ Άλλος (4)

3.1 Επώνυμο (4α)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (4α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση (3) .....
.....
3.4 Διεύθυνση (3) στην αρμόδια χώρα .....
.....
3.5 Αριθμός ταυτότητας (4β) .....

4 Μέλος της οικογένειας (5)

4.1 Επώνυμο (4α)
.....
4.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

5 Ο αναγραφόμενος ☐ στο πλαίσιο 3 ☐ στο πλαίσιο 4 έλαβε παροχές
σύμφωνα με το ακόλουθο άρθρο του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.α και 3 ☐ 22.1.β και 3 ☐ 22.1.γ και 3
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 (5α) ☐ 55.1 (5α)

βάσει των παρακάτω εντύπων που μας είχαν διαβιβαστεί:

5.2 ☐ έντυπο E ..... της ..... ☐ έντυπο E 117 της .....
ισχύον από ..... έως .....

5.3 Ο αναγραφόμενος ☐ στο πλαίσιο 3 ☐ στο πλαίσιο 4

υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση που είχε ζητηθεί την .....

▼B

E 125

6	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ				6.1 Ποσό (6)
6.2	**Για παροχές σε είδος που έχουν χορηγηθεί**	από	μέχρι.....		.....
6.3	Ιατρική περίθαλψη				.....
6.4	Οδοντιατρική περίθαλψη				.....
6.5	Φάρμακα				.....
6.6	Νοσηλεία	από	μέχρι.....		.....
		από	μέχρι.....		.....
6.7	Άλλες παροχές (7)				
	.....				.....
6.8	**Σύνολο παροχών σε είδος**				.....
6.9	**Ιατρικοί έλεγχοι** (8)				
	.....				.....
6.10	**Για παροχές σε χρήμα (επιδόματα) που έχουν καταβληθεί**	από	μέχρι.....		.....
6.11	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ				.....

7	Φορέας πιστωτής (που συμπληρώνει το έντυπο)		
7.1	Επωνυμία		Κωδικός αριθμός (9).....
7.2	Διεύθυνση (3)		
	.....		
7.3	Σφραγίδα		
		7.4	Ημερομηνία .....
		7.5	Υπογραφή
			.....

8	Αποκλειστικά για το φορέα της αρμόδιας χώρας

▼B

E 125

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμη κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Σημειώνεται μόνο όταν το στοιχείο αυτό είναι απαραίτητο στο φορέα πιστωτή.

(2α) Σημειώνεται, αν είναι γνωστός.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(4) Σημειώνεται εάν αφορά μεθοριακό εργαζόμενο, άνεργο, εποχιακό εργαζόμενο, αιτούντα σύνταξη ή άλλο.

(4α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(4β) Για τους ισπανούς υπηκόους, δικαιούχους ή αιτούντες σύνταξη, σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς, σημειώστε «Ουδέν». Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(5) Συμπληρώνεται μόνο όταν το τιμολόγιο αφορά μέλος της οικογένειας του ασφαλισμένου.

(5α) Για τους ανάγκες των δανικών φορέων, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, την επωνυμία και τη διεύθυνση του εργοδότη, εάν οι παροχές χορηγήθηκαν σύμφωνα με το άρθρο 52 ή 55(1).

Επωνυμία του εργοδότη .....
Διεύθυνση .....
.....

(6) Σημειώνεται το ποσό σε εθνικό νόμισμα (της χώρας όπου συμπληρώνεται το έντυπο).

(7) Αναγράφεται το είδος των παροχών: Περίθαλψη τοκετού, οδοντοστοιχίες, τεχνητά μέλη (ορθοπεδικές προθέσεις), ιαματικά λουτρά (λουτροθεραπεία), πρώτες βοήθειες, συμπληρωματικά μέσα διαγνώσεως κλπ.

(8) Αναγράφεται το είδος των ιατρικών ελέγχων ή των ιατρικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν.

(9) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 126 ☐ (1)

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α.i· άρθρο 22.3· άρθρο 31.α
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 34

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και στέλνει δύο αντίτυπά του στο φορέα από τον οποίο έπρεπε να ζητήσει τις παροχές ο ενδιαφερόμενος, στη χώρα της προσωρινής διαμονής του. Το έντυπο στέλνεται είτε απευθείας είτε μέσω του οργανισμού-συνδέσμου. Ο φορέας του τόπου προσωρινής διαμονής, αφού συμπληρώσει το μέρος Β, επιστρέφει ένα αντίτυπο στον αρμόδιο φορέα.

Α. Ερώτημα

1 Φορέας προορισμού (του εντύπου) (2)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών)
☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών)

2.1 Επώνυμο (3α)
.....

2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

2.3 ☐ Το άτομο αυτό καλύπτεται από το σύστημα μη μισθωτών που αναφέρεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

2.4 Αριθμός ταυτότητας .....

3 Μέλη της οικογένειας που είχαν περίθαλψη

	3.1 Επώνυμο (3α)	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 Ο ανωτέρω ενδιαφερόμενος
4.1 κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην (στα)..... (χώρα)
4.2 στην (στο) ..... (τόπος, πόλη)
4.3 κατέβαλε ο ίδιος το αντίτιμο των παροχών που είχε ανάγκη
4.4 Είναι ☐ χήρος(-α) ☐ ανάπηρος(-η) (4)
4.5 και το εισόδημά του (της) ανέρχεται σε ..... (4)

5 Παρακαλούμε να σημειώσετε στις συνημμένες αποδείξεις, για κάθε παροχή που περιλαμβάνεται σ' αυτές, το ποσό που θα ήταν δυνατό να του αποδοθεί σύμφωνα με τον τιμοκατάλογο που χρησιμοποιεί ο φορέας του τόπου της προσωρινής διαμονής. Αποκλειστικά για το Λουξεμβούργο, σημειώστε επίσης και το ποσό της νόμιμης συμμετοχής του ασφαλισμένου.

6 Συνημμένες ..... αποδείξεις

7 Αρμόδιος φορέας

7.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (4α) .....
7.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
7.3 Σφραγίδα
7.4 Ημερομηνία .....
7.5 Υπογραφή
.....

Β. Απάντηση

8 Σας στέλνουμε συνημμένα ..... αποδείξεις, διατιμημένες σύμφωνα με την αίτησή σας

9 ☐ Ποσό για απόδοση (5) ..... ☐ Καμία απόδοση

10 Παρατηρήσεις .....
.....
.....
.....

11 Φορέας του τόπου της προσωρινής διαμονής

11.1 Επωνυμία .....
11.2 Διεύθυνση (3) .....
.....
11.3 Σφραγίδα
11.4 Ημερομηνία .....
11.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 126

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τρεις σελίδες· καμία απ'αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμα κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροροφία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

* ΕΟΧ — Συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση. Δυνάμει της συμφωνίας αυτής, το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L = Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία· S = Σουηδία.

(2) Αν ο φορέας που είναι ορισμένος να χορηγεί τις παροχές σε είδος δεν είναι γνωστός, το έντυπο μπορεί να σταλεί στον οργανισμό συνδέσεως της χώρας προσωρινής διαμονής, δηλαδή:

— στο **Βέλγιο,** στο *«Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης ασθένειας-αναπηρίας), στις Βρυξέλλες·*

— στη **Δανία,** στο *«Sundhedsministeret» (Υπουργείο Υγείας), στην Κοπεγχάγη·*

— στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** στην *«AOK-Bundesverband» (Εθνική ομοσπονδία τοπικών ταμείων ασθενείας), στη Βόννη·*

— στην **Ελλάδα,** στο *περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ)· αν πρόκειται για ναυτικό, στο «Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο» (ΝΑΤ)·*

— στην **Ισπανία,** στο *«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Εθνικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων) στη Μαδρίτη·*

— στη **Γαλλία,** στο *«Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης των μετακινουμένων εργαζομένων), στο Παρίσι·*

— στην **Ιρλανδία,** στο *«Department of Health» (Υπουργείο υγιεινής), στο Δουβλίνο·*

— στην **Ιταλία,** στο *«Ministero della sanità» (Υπουργείο υγείας), στη Ρώμη·*

— στο **Λουξεμβούργο,** στην *«Union des caisses de maladie», στο Λουξεμβούργο·*

— στις **Κάτω Χώρες,** στο *«ANOZ Verzekeringen», στην Ουτρέχτη·*

— στην **Πορτογαλία,** στην *«Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Υπηρεσία διεθνών σχέσεων και συμβάσεων κοινωνικών ασφαλίσεων), στη Λισσαβώνα·*

— στην **Αυστρία,** στην *«Hauptverband der österreichische Socialversicherungsträger» (Κεντρική ενώση των αυστριακών φορέων κοινωνικής ασφάλισης) στη Βιέννη·*

— στη **Φινλανδία,** στο *«Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ελσίνκι·*

στην **Ισλανδία,** στο *«Tryggingastofnun rikisins», στο Ρέικιαβικ·*

στο **Λιχτενστάιν,** στο *Υπουργείο εθνικής οικονομίας·*

— στη **Νορβηγία,** στο *«Rikstrygdeverket» (Εθνική υπηρεσία ασφαλίσεων), στο Όσλο·*

— στη **Σουηδία,** στο *«Riksförsäkringsverket» (Εθνικός οργανισμός κοινωνικών ασφαλίσεων), στη Στοκχόλμη.*

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός τομέας, πόλη, χώρα.

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(4) Συμπληρώνεται μόνο όταν η αίτηση απευθύνεται σε βελγικό φορέα.

(4α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(5) Αναγράφεται το συνολικό ποσό.

▼M2

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 3

E 127 ☐ (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗ ΠΟΣΩΝ

Κανονισμός αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2
Κανονισμός αριθ. 574/72: άρθρο 94; άρθρο 95

1.

Αριθ. κατάστασης ..... του έτους 19 ..... (2)

2. Αρμόδιος φορέας

2.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθ. (4): .....

2.2. Διεύθυνση (3): .....

.....

3. Το δικαίωμα για παροχές σε είδος θεμελιώνεται για τον

☐ μισθωτό ☐ συνταξιούχο (σύστημα μισθωτών)

☐ μη μισθωτό ☐ συνταξιούχο (σύστημα μη μισθωτών)

3.1. Επώνυμο (5):

.....

3.2. Όνομα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (5): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

3.3. Αριθμός ταυτότητας (6): .....

4. Η παρούσα ατομική κατάσταση αφορά

4.1. ☐ την οικογένεια του εργαζομένου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 ο οποίος κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση (3):

.....

4.2. ☐ το συνταξιούχο που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 και κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση (3): .....

.....

4.3. ☐ το ακόλουθο μέρος της οικογένειας του συνταξιούχου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3:

4.3.1. Επώνυμο (5):

.....

4.3.2. Ονόματα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (5): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

4.3.3. Διεύθυνση (3): .....

.....

4.3.4. Αριθμός ταυτότητας (6): .....

▼M2

E 127

5. Το δικαίωμα του προσώπου ή των προσώπων που αναφέρεται(-ονται) στο πλαίσιο
☐ 4.1 ☐ 4.2 ☐ 4.3 βεβαιώθηκε με το έντυπό σας
Ε ..... της .....

6. Για την περίοδο, κατά την οποία διατηρήθηκε από το δικαίωμα
(από ..... έως .....),

6.1. ο αριθμός των μηνιαίων κατ' αποκοπή ποσών
☐ ανά οικογένεια (του εργαζόμενου) ☐ για κάθε μέλος της οικογένειας ☐ κατ' άτομο
είναι .....

7. Φορέας του τόπου κατοικίας

7.1. Επωνυμία: ..... Κωδικός αριθ. ([5]): .....

7.2. Διεύθυνση ([3]): .....
.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:
.....

8. Αποκλειστικά για τον αρμόδιο φορέα

▼M2

E 127

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με τυπογραφικούς χαρακτήρες, σε τρία αντίτυπα, και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Συμπληρώνεται ξεχωριστό έντυπο για κάθε συνταξιούχο και για κάθε μέλος της οικογένειας συνταξιούχου.

Το παρόν έντυπο εκδίδεται από τον φορέα του τόπου κατοικίας, για ένα ολόκληρο ημερολογιακό έτος και αποστέλλεται στον αρμόδιο φορέα μέσω του οργανισμού που έχει οριστεί για την εφαρμογή του άρθρου 102 παράγραφος 2 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(*) ΕΟΧ — συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, παράρτημα VI, κοινωνική ασφάλιση: δυνάμει της συμφωνίας αυτής το παρόν έντυπο ισχύει επίσης στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία.

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: B = Βέλγιο· DK = Δανία· D = Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας· GR = Ελλάδα· E = Ισπανία· F = Γαλλία· IRL = Ιρλανδία· I = Ιταλία· L =Λουξεμβούργο· NL = Κάτω Χώρες· P = Πορτογαλία· GB = Ηνωμένο Βασίλειο· A = Αυστρία· FIN = Φινλανδία· S = Σουηδία· IS = Ισλανδία· FL = Λιχτενστάιν· N = Νορβηγία.

(2) Αναφέρεται το έτος κατά το οποίο χορηγήθηκαν οι παροχές.

(3) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός κώδικας, πόλη, χώρα.

(4) Συμπληρώνεται εφόσον είναι γνωστό.

(5) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) με τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(6) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(7) Συμπληρώνεται εάν υπάρχει.