Este documento constitui um instrumento de documentação e não vincula as instituições

►**B**

DECISÃO N.º 153

de 7 de Outubro de 1993

relativa aos modelos de formulários necessários para aplicação dos regulamentos (CEE) n.º 1408/ /71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho (E 001, E 103-E 127)

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(94/604/CE)

(JO L 244 de 19.9.1994, p. 22)

Alterada por:

		Jornal Oficial		
		n.º	página	data
►**M1**	Decisão 98/441/CE n.º 166 de 2 de Outubro de 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	Decisão 98/443/CE n.º 168 de 11 de Junho de 1998	L 195	37	11.7.1998

▼B

DECISÃO N.º 153

de 7 de Outubro de 1993

relativa aos modelos de formulários necessários para aplicação dos regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho (E 001, E 103-E 127)

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(94/604/CE)

A COMISSÃO ADMINISTRATIVA DAS COMUNIDADES EUROPEIAS PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES,

Tendo em conta o artigo 81.º, alínea a), do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade, nos termos do qual compete à Comissão Administrativa tratar de qualquer questão administrativa decorrente das disposições do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e regulamentos subsequentes,

Tendo em conta o artigo 2.º, n.º 1, do Regulamento (CEE) n.º 574/72 do Conselho, de 21 de Março de 1972, nos termos do qual compete à Comissão Administrativa elaborar os modelos de certificados, atestados, declarações, requerimentos e outros documentos necessários para a aplicação dos regulamentos,

Tendo em conta a Decisão n.º 130, de 17 de Outubro de 1985, que estabelece e adapta os modelos de formulários necessários à aplicação dos regulamentos,

Considerando que é conveniente adaptá-los igualmente para ter em conta as alterações ocorridas nas legislações nacionais dos Estados-membros,

Considerando que o Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, de 2 de Maio de 1992, adaptado pelo Protocolo de 17 de Março de 1993, anexo VI, torna os regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho aplicáveis ao Espaço Económico Europeu,

Considerando que, por decisão do Comité Misto do EEE, os modelos de formulários necessários para a aplicação dos Regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 serão adaptados e utilizados no Espaço Ecónomico Europeu;

Considerando que convém, por razões práticas, utilizar formulários idênticos na Comunidade e no Espaço Económico Europeu,

Considerando que, com vista à participação prevista do Liechtenstein no EEE numa fase posterior, esses formulários devem também ser adaptados em relação ao Liechtenstein,

Considerando que a língua em que os formulários devem ser estabelecidos foi decidida pela recomendação n.º 15 da Comissão Administrativa,

DECIDE:

1. Os modelos de formulários E 001, E 103-E 127 reproduzidos na Decisão n.º 130 são substituídos pelos modelos anexos.

2. As autoridades competentes dos Estados-membros põem à disposição dos interessados (pessoas com direito, instituições, entidades patronais, etc.) os formulários cujos modelos se encontram em anexo.

3. Cada um dos formulários está disponível nas línguas oficiais da Comunidade e a sua apresentação permite que as diferentes versões sejam perfeitamente sobreponíveis, a fim de possibilitar a cada destinatário (pessoas com direito, instituições, entidades patronais, etc.) receber o formulário na sua própria língua.

▼B

4. A presente decisão é aplicável a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação no *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*.

O presidente da Comissão Administrativa

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lista de formulários

E 001 — Pedido ou comunicação de informação, pedido de formulários, segunda via de pedido relativa a um trabalhador assalariado, trabalhador não assalariado, fronteiriço, pensionista, trabalhador no desemprego, pessoa com direito

E 103 — Exercício do direito de opção

E 104 — Atestado relativo à totalização dos períodos de seguro, de emprego ou de residência

E 105 — Atestado relativo aos familiares do trabalhador assalariado ou não assalariado a tomar em consideração para o cálculo das prestações pecuniárias em caso de incapacidade de trabalho

E 106 — Atestado de direito às pestações em espécie do seguro de doença e maternidade no caso de pessoas que residam num outro país que não o país competente

E 107 — Pedido de atestado de direito a prestações em espécie

E 108 — Notificação de suspensão ou de supressão do direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade

E 109 — Atestado para a inscrição dos familiares do trabalhador assalariado ou não assalariado e para a actualização dos inventários

E 110 — Atestado relativo aos trabalhadores assalariados dos transportes internacionais

E 111 — Atestado de direito às prestações em espécie durante uma estada num Estado-membro

E 112 — Atestado relativo à manutenção das prestações em curso, do seguro de doença e maternidade

E 113 — Hospitalização, notificação de entrada e de saída

E 114 — Concessão de prestações em espécie de grande importância

E 115 — Requerimento de prestações pecuniárias por incapacidade de trabalho

E 116 — Relatório médico em caso de incapacidade de trabalho (doença, maternidade, acidente de trabalho, doença profissional)

E 117 — Concessão de prestações pecuniárias em caso de maternidade e incapacidade de trabalho

E 118 — Notificação do não-reconhecimento ou do fim da incapacidade de trabalho

E 119 — Atestado relativo ao direito dos trabalhadores em situação de desemprego e dos seus familiares, às prestações do seguro de doença e maternidade

E 120 — Atestado de direito às prestações em espécie para os requerentes de pensão ou de renda e para os seus familiares

E 121 — Atestado para a inscrição dos titulares de pensão ou de renda e actualização dos inventários

E 122 — Atestado para concessão das prestações em espécie aos familiares dos titulares de pensão ou de renda

E 123 — Atestado de direito às prestações em espécie do seguro contra acidentes de trabalho e doenças profissionais

E 124 — Requerimento de subsídio por morte

E 125 — Relação individual das despesas efectivas

E 126 — Tarifas para o reembolso das prestações em espécie

E 127 — Relação individual dos montantes fixos mensais

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Pedido de informações**
☐ **Comunicação de informações**
☐ **Pedido de formulários**
☐ **Segunda via**

Relativamente a

☐ **um trabalhador assalariado**
☐ **um trabalhador não assalariado**
☐ **um fronteiriço**
☐ **um pensionista**
☐ **um requerente da pensão**
☐ **um desempregado**
☐ **uma pessoa com direito**

Regulamento 1408/71: artigo 84º

A instituição expedidora preenche a parte A e envia dois exemplares à instituição destinatária. Esta preenche a parte B e devolve um exemplar à instituição expedidora. O formulário deve ser utilizado como complemento de outros formulários ou para troca de informações que não estejam formalmente previstas nos formulários de uso corrente, aos quais em caso algum se substitui.

Parte A

1 Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (2): .....
.....

2 Informações relativas ao segurado (3)

2.1 Apelido (4): .....
2.2 Apelido de nascimento (4): .....
2.3 Nomes próprios (5): .....
2.4 Apelidos anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....

3 Nacionalidade (8): ..... DNI (9): .....

4 Nascimento

4.1 Data (10): .....
4.2 Localidade (11): .....
4.3 Província ou departamento (12): .....
4.4 País (13): .....

5 Número de inscrição

5.1 na instituição expedidora: .....
5.2 na instituição destinatária: .....

6 Endereço (2): .....
.....

7 Informações relativas ao processo

7.1 Tipo de prestação
.....
7.2 Referência do processo da instituição expedidora
.....
7.3 Referência do processo da instituição destinatária
.....

▼B

E 001

8 Pessoa com direito (14)

8.1 Apelido (4)
.....

8.2 Nomes próprios ..... Apelido de nascimento (4) .....

8.3 Local de nascimento (11) ..... Data de nascimento .....

8.4 Sexo ..... Nacionalidade ..... DNI (9) .....

8.5 Endereço (2): .....
.....

9 ☐ Pedido ☐ Segunda via do pedido datado de: .....

Queiram enviar-nos, relativamente à pessoa mencionada no quadro ☐ 2 ☐ 8

9.1 ☐ o(s) formulário(s) seguinte(s): .....

9.2 ☐ o(s) documento(s) seguinte(s): .....
.....

9.3 ☐ as informações seguintes: .....
.....

9.4 Motivo do pedido: .....

10 Alteração de situação: ocorreram as seguintes alterações

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

11 Diversos

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

12 Instituição que preenche a parte A

12.1 Designação: ..... Nº de código (15): .....

12.2 Endereço (2): .....
.....

12.3 Carimbo

12.4 Data: .....

12.5 Assinatura
.....

▼B

E 001

Parte B

13

Em resposta ao vosso pedido ..... enviamos em anexo

13.1 ☐ o(s) formulário(s) seguinte(s): .....

13.2 ☐ o(s) documento(s) seguinte(s): .....

.....

13.3 ☐ as informações seguintes: .....

.....

14

Em resposta ao vosso pedido de: .....

comunicamos que é impossível enviar:

14.1 ☐ o(s) formulário(s) seguinte(s): .....

14.2 ☐ o(s) documento(s) seguinte(s): .....

14.3 ☐ as informações pedidas.

14.4 ☐ Motivos: .....

.....

.....

15 Diversos

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ Em seguimento à vossa comunicação de: .....

acusamos a recepção das informações contidas no quadro (10).

17 Instituição que preenche a parte B

17.1 Designação: ..... Nº de código (15): .....

17.2 Endereço (2): .....

.....

17.3 Carimbo

17.4 Data: .....

17.5 Assinatura

.....

▼B

E 001

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) As rubricas 2.1 a 2.7 referentes à identifição são para preencher quando necessário.

(4) — O apelido compreende a indicação de apelido usual ou do apelido adquirido pelo casamento. Se o formulário for preenchido por uma instituição neerlandesa e se o segurado ou a pessoa com direito for uma mulher casada ou que tenha sido casada, indicar, como apelido, o apelido do cônjuge actual ou do último cônjuge.
— O apelido de nascimento deve ser sempre indicado; no caso de ser igual ao apelido, indicar «idem». Se o formulário for preenchido por uma instituição neerlandesa e se o segurado ou a pessoa com direito for uma mulher casada ou que tenha sido casada, indicar, como apelido de nascimento, o apelido de solteira.
— As expressões «dito» e «aliás» e as partículas devem figurar na íntegra e pela ordem do registo civil.
— Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
— Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(5) Indicar todos os nomes próprios pela ordem do registo civil.

(6) A mencionar, designadamente, em caso de adopção ou de uso de sobrenomes entrados no uso corrente, as expressões «dito» e «aliás» e as partículas devem figurar na íntegra e pela ordem do registo civil.

(7) M = masculino; F = feminino

(8) Se for o caso, indicar a data da naturalização.

(9) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «não tem».

(10) O dia e o mês são indicados por dois algarismos e o ano por quatro algarismos (exemplo: 1 de Agosto de 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Quando se tratar de cidades francesas abrangendo diversos *arrondissements* indicar o número do *arrondissement* (exemplo: Paris 14). Para as localidades portuguesas, indicar também a freguesia e o concelho.

(12) Informação obrigatória para o segurados de nacionalidade espanhola, francesa ou italiana; esta rubrica compreende, conforme os países, a divisão territorial em que se situa o lugar de nascimento (por exemplo, no caso da França, se a comuna de nascimento for «Lille» é necessário indicar o departamento de nascimento «Nord» seguido do código do departamento, se o segurado o conhecer, ou seja, neste caso «59». A informação será portanto: «Nord 59»). Para as pessoas nascidas na Espanha, indicar somente a província.

(13) Sigla do país de nascimento do segurado, codificado segundo o código internacional dos veículos automóveis.

(14) A preencher, se for o caso.

(15) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 3

E 103 ☐ (1)

EXERCÍCIO DO DIREITO DE OPÇÃO

Regulamento 1408/71: artigo 16º 2 e 3
Regulamento 574/72: artigo 13º 2 e 3; artigo 14º 1 e 2

Depois de ter preenchido a parte A do formulário em conformidade com as alíneas a) e b) das instruções, o trabalhador entrega-o ou envia-o segundo as indicações das alíneas a) e c) das mesmas instruções. A instituição que recebe o formulário preenche a parte B e devolve um exemplar ao trabalhador.

A. Opção

1 O abaixo assinado

1.1 Apelido (1a) .....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) .....

1.3 Data de nascimento ..... Naconalidade ..... DNI (1b) .....

1.4 Endereço (2): .....

.....

1.5 Número de identificação (1c): .....

2 Ocupado desde .....

2.1 (3) ☐ como: ..... junto da missão diplomática ou posto consular seguinte .....

2.2 (3) ☐ como (4): .....
ao serviço pessoal da entidade patronal seguinte (5): .....
agente da missão diplomática ou do posto consular seguinte: .....

2.3 (3) ☐ como agente auxiliar das Comunidades Europeias,

3 declara optar pela sujeição à legislação de segurança social

3.1 (6) ☐ do Estado-membro de que é nacional

3.2 (6) ☐ do Estado-membro a cuja legislação esteve sujeito em último lugar, a saber a legislação

(6) ☐ belga ☐ dinamarquesa ☐ alemã ☐ grega ☐ espanhola
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ do Reino Unido
(6) ☐ austríaca ☐ finlandesa ☐ islandesa ☐ do Liechtenstein ☐ norueguesa
(6) ☐ sueca

4 Data: .....

5 Assinatura

.....

6 Autoridade das Comunidades Europeias que celebrou o contrato com o agente auxiliar

6.1 Designação: .....

6.2 Endereço (2): .....

.....

6.3 Carimbo

6.4 Data: .....

6.5 Assinatura

.....

▼B

E 103

B. Declaração

7 Tomamos conhecimento de que o trabalhador mencionado no quadro 1 está sujeito à legislação

(6) ☐ belga ☐ dinamarquesa ☐ alemã ☐ grega ☐ espanhola
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ do Reino Unido
(6) ☐ austríaca ☐ finlandesa ☐ islandesa ☐ do Liechtenstein ☐ norueguesa
(6) ☐ sueca

7.1 a partir de .....

7.2 pelo período durante o qual ocupará o emprego indicado na parte A (7)

8 Instituição designada pela autoridade competente

8.1 Designação: .....

8.2 Endereço (2): .....

.....

8.3 Carimbo

8.4 Data: .....

8.5 Assinatura

.....

▼B

E 103

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa (em 3 exemplares) utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Para o pessoal das missões diplomáticas ou dos postos consulares e para os empregados ao seu serviço pessoal

a) Depois de ter preenchido a parte A do formulário, à excepção do quadro 6, deve entregar um exemplar do formulário à sua entidade patronal e enviar os dois exemplares à instituição designada pela autoridade competente do Estado por cuja legislação optou, a saber:

na **Bélgica,** *o «Office national de la Sécurité Sociale» (Serviço Nacional de Segurança Social), em Bruxelas;*

na **Dinamarca,** *o «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» (Direcção da Segurança Social e da Assistência), em Copenhaga.*

na **Alemanha,** *«Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn» (Caixa local de doença de Bona), em Bona;*

na **Grécia,** *o serviço regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA);*

em **Espanha,** *a «Tesorería General de la Securidad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social» (Tesouraria geral da Segurança Social — Ministério do Trabalho e da Segurança Social), em Madrid;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie de Paris» (Caixa Primária de Seguro de Doença de Paris);*

na **Irlanda,** *o «Department of Social Welfare» (Ministério da Previdência Social), em Dublim;*

em **Itália,** *a sede local competente do «Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS)» (Instituto Nacional de Previdência Social);*

no **Luxemburgo,** *a «Inspection générale de la sécurité sociale» (Inspecção Geral da Segurança Social), no Luxemburgo;*

nos **Países Baixos,** *o «Sociale Verzekeringsraad» (Conselho dos Seguros Sociais), em Zoetermeer;*

em **Portugal,** *o «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social», em Lisboa;*

no **Reino Unido,** *o «Department of Social Security, Contributions Agency, Overseas Contributions» (Ministério de Segurança Social, Agência Contribuições, Contribuições Internacionais) em Newcastle-upon-Tyne, ou «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso;*

na **Áustria,** *a instituição competente para o seguro de doença;*

na **Finlândia,** *o «Eläketurvakestus» (Instituto Central do Seguro de Pensões), em Helsínquia;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departemento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Serviço Nacional de Seguro para o Seguro Social no Estrangeiro), em Oslo;*

na **Suécia,** *«Riksförsäkringsverket» (Repartição Nacional do Seguro Social), em Estocolmo.*

Para a autoridade das Comunidades Europeias habilitada a celebrar contratos de serviço dos agentes auxiliares

b) Aquando da contratação de um agente auxiliar, se este desejar fazer uso do seu direito de opção, a autoridade habilitada das Comunidades Europeias deve fazê-lo preencher a parte A, à excepção do quadro 6, que deverá ser preenchido por ela.

c) Dois exemplares do formulário deverão ser enviados à instituição designada pela autoridade competente do Estado por cuja legislação o interessado optou [ver alínea a) acima].

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instrução: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(1b) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «não tem».

(1c) Para os trabalhadores sujeitos à legislação belga, indicar o número de registo nacional.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) Dar as indicações 2.1, 2.2 ou 2.3 conforme a situação do trabalhador que preencha o formulário e pôr uma cruz no quadro correspondente.

(4) Indicar a qualificação profissional do interessado: motorista, cozinheira, etc.

(5) Indicar os apelidos e nomes próprios da entidade patronal.

(6) Assinalar com uma cruz a quadrícula que precede a indicação adequada. Note-se que os trabalhadores ao serviço de missões diplomáticas ou de postos consulares, assim como os que estejam ao serviço pessoal de um agente destas missões ou postos, só podem optar pela legislação de segurança social do Estado de que são nacionais.

(7) Os trabalhadores ao serviço de missões diplomáticas ou de postos consulares assim como os que estejam ao serviço pessoal de um agente destas missões ou postos podem exercer novamente o seu direito de opção no fim de cada ano civil.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 104 ☐ (1)

ATESTADO RELATIVO À TOTALIZAÇÃO DOS PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPREGO OU DE RESIDÊNCIA

Doença — maternidade — morte (subsídio) — tuberculose

Regulamento 1408/71: artigo 9º 2; artigo 18º 1; artigo 38º 1, artigo 64º
Regulamento 574/72: artigo 6º 2; artigo 16º; artigo 39º 1 e 2, artigo 79º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição do último Estado-membro a cuja legislação o interessado esteve sujeito. Esta instituição preenche a parte B e devolve o formulário à instituição que lho enviou. Se o formulário for emitido a pedido do interessado, a instituição que o emite preenche a parte B e entrega ou envia o formulário ao próprio interessado.

Parte A

1 Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (2): .....
.....
.....

2 Segurado

2.1 Apelido (2a)
.....
2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....
2.3 Número de identificação: .....
2.4 A partir da data indicada no ponto 3.1, o segurado exerceu uma actividade
☐ assalariada ☐ não assalariada em (3): .....
2.5 ☐ Última entidade patronal .....
☐ Última actividade não assalariada
.....
Endereço (2): .....
.....
2.6 ☐ Entidades patronais anteriores (4) ☐ Actividades anteriores como não assalariado
[Nome ou firma e endereço (2)] .....
.....
.....
.....
.....
.....

3 A fim de darmos seguimento a um pedido apresentado pelo segurado acima mencionado, solicitamos que nos comuniquem os períodos de seguro, de emprego ou de residência cumpridos pelo mesmo
3.1 a partir de: .....
3.2 ao abrigo da legislação do vosso país, para o risco:
☐ doença e maternidade (5) ☐ morte (subsídio) ☐ tuberculose
☐ invalidez (5b)

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... Nº de código (5a): .....
4.2 Endereço (2): .....
.....
4.3 Carimbo
4.4 Data: .....
4.5 Assinatura
.....

▼B

E 104

Parte B

5	Segurado (6)		
5.1	Apelido (2a)		
5.2	Nomes próprios	Apelidos anteriores (2a)	Data de nascimento
5.3	Número de identificação:		

6 O segurado mencionado ☐ no quadro 2 ☐ no quadro 5

6.1 esteve abrangido pelo seguro de doença e maternidade desde a data mencionada no ponto 3.1 ☐ (8b)

6.2 cumpriu ☐ durante os três últimos anos (8) ☐ durante os cinco últimos anos (8a)

☐ desde .....

7	Os períodos de seguro ou de emprego, para as seguintes prestações	☐ (5) (7)
7.1	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.2	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.3	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.4	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.5	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.6	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.7	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.8	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.9	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
7.10	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)

8	Os períodos de residência seguintes:	
8.1	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.2	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.3	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.4	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.5	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.6	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.7	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.8	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.9	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)
8.10	de ..... a ..... (9)	para (10) o risco de ..... ☐ (11)

9	Instituição que preenche a parte B	
9.1	Designação:	
9.2	Endereço (2):	
9.3	Carimbo	9.4 Data: .....
		9.5 Assinatura .....

▼B

E 104

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário em primeiro lugar: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3) Indicar o Estado.

(4) A preencher na medida do possível.

(5) Se a instituição destinatária for uma instituição belga, grega, francesa ou do Liechtenstein, indicar o risco coberto utilizando o código seguinte: N = prestações em espécie, E = prestações pecuniárias.

(5a) A completar, se o possuir.

(5b) Informações destinadas às instituições francesas.

(6) A preencher, apenas quando o formulário for enviado directamente ao interessado.

(7) Se o atestado se destinar a uma instituição italiana, disser respeito a prestações pecuniárias, em caso de tuberculose, e se o interessado não tiver pago contribuições durante um ano completo, serão mencionados todos os períodos de seguro que cumpriu.

(8) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição do Reino Unido.

(8a) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição da Irlanda.

(8b) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição belga.

(9) Se o atestado for destinado a uma instituição grega, indicar se se trata de períodos de actividade assalariada ou não assalariada utilizando o código seguinte: D = assalariada; I = não assalariada.
Se o atestado for destinado a uma instituição alemã ou luxemburguesa, indicar os períodos de seguro no quadro 7 utilizando o código seguinte: P = seguro obrigatório; F = seguro voluntário.

(10) Indicar o risco coberto utilizando o código seguinte:
A = doença e maternidade; B = morte (subsídio); C = tuberculose; O = invalidez.

(11) Se a instituição competente for uma instituição alemã, irlandesa, do Reino Unido ou austríaca, assinalar com uma cruz esta quadrícula, desde que o período de seguro ou de residência corresponda a um período de emprego efectivo, e precisar a seguir a natureza da actividade assalariada ou não assalariada.

.....

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE *

Ver «instruções» na página 2

E 105 ☐ (1)

ATESTADO RELATIVO AOS FAMILIARES DO TRABALHADOR ASSALARIADO OU NÃO ASSALARIADO A TOMAR EM CONSIDERAÇÃO PARA O CÁLCULO DAS PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS EM CASO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 23º 3; artigo 58º 3
Regulamento 574/72: artigo 25º 1 e 2; artigo 70º 1

A preencher pela instituição de seguro de doença ou por uma instituição designada do lugar de residência dos familiares e a enviar ao trabalhador.

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado

1.1 Apelido (1a)
.....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

1.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)
.....
.....

1.4 Número de identificação: .....

2 Familiares do trabalhador acima mencionado

	Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos anteriores (1a)	Data de nascimento	Parentesco
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 Instituição do lugar de residência dos familiares

3.1 Designação: .....
3.2 Endereço (2): .....
.....
3.3 Carimbo

3.4 Data: .....
3.5 Assinatura
.....

▼B

E 105

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas.

Indicações para o trabalhador

a) Se estiver em condições de se habilitar a prestações pecuniárias por incapacidade de trabalho na Bélgica, na Alemanha, na Grécia, em França, em Portugal, no Reino Unido, na Áustria ou na Finlândia, países cuja legislação faz ou pode fazer variar o montante destas prestações em função dos familiares, deve enviar o presente atestado à instituição em que está segurado.

b) Este atestado é válido por um período de 12 meses a contar da data da sua emissão (ver o ponto 3.4); quando este prazo expirar, pode pedir a sua renovação à instituição do lugar de residência dos seus familiares (ver os pontos 3.1 e 3.2).

c) É obrigado a comunicar imediatamente à instituição em que estiver segurado todas as alterações ocorridas quanto às informações prestadas neste atestado.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instrução: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) Assinalar a quadrícula com uma cruz se os membros da família estiverem a cargo do trabalhador.

▼M1

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social EEE (*)

Ver instruções na página 3

E 106 ☐ (1)

ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO DE DOENÇA E MATERNIDADE, NO CASO DE PESSOAS QUE RESIDAM NUM PAÍS QUE NÃO SEJA O PAÍS COMPETENTE

Trabalhadores assalariados e não assalariados e membros da família que com eles residam; membros da família dos trabalhadores em situação de desemprego

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 1.a; artigo 19.º 2; artigo 25.º 3.i
Regulamento 574/72: artigo 17.º 1 e 4; artigo 27.º, primeira frase

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares ao segurado, ou remete-os (se for o caso, por intermédio do organismo de ligação) à instituição do lugar de residência, se o formulário for emitido a pedido desta. Esta última instituição, uma vez de posse dos dois exemplares em questão, preenche a parte B e devolve um dos exemplares à instituição competente.

A. **Notificação do direito**

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1. Designação: ..... Nº do código (2a) .....
1.2. Endereço (3): .....
.....
1.3. Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ Trabalhador em situação de desemprego

2.1. Apelido (3a)
.....
2.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data de nascimento .....
2.3. Endereço no país de residência (3): .....
.....
2.4. Número de identificação(3b): .....
2.5. O trabalhador ☐ trabalha ☐ não trabalha em minas ou empreendimento similar
2.6. ☐ O trabalhador está abrangido por um regime de trabalhadores não assalariado referido no anexo 11 do Regulamento (CEE) nº 574/72

3. Membro da família (4)

3.1. Apelido (3a)
.....
3.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data da nascimento .....
3.3. Endereço no país de residência (3) .....
.....

4. ☐ O trabalhador acima indicado e os membros da família (5) que com ele residem
4.1. ☐ Os membros da família (5) do desempregado acima indicado
5. têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de .....

6. Os interessados conservam este direito

6.1. ☐ até à anulação do presente atestado
6.2. ☐ durante um ano a contar da data mencionada no ponto 5 (6)
6.3. ☐ até ..... inclusive (7)

▼M1

E 106

7. Instituição competente para o seguro de doença a maternidade

7.1. Designação: ..... Nº de código ([7a]): .....

7.2. Endereço ([3]): .....

.....

7.3. Carimbo

7.4. Data: .....

7.5. Assinatura:

.....

8. Instituição competente para os acidentes da vida privada ([8]) ([8a]) ([10])

8.1. Designação: ..... Nº de código ([7a]): .....

8.2. Endereço ([3]): .....

.....

8.3. Carimbo

8.4. Data: .....

8.5. Assinatura:

.....

B. **Notificação da inscrição** ([9])

9.

9.1. ☐ O trabalhador indicado no quadro 2 e os membros de sua família

9.2. ☐ Os membros da família do desempregado indicado no quadro 2.

9.3. ☐ Foram inscritos na nossa instituição em: .....

9.4. ☐ Não puderam ser inscritos na nossa instituição dado que:

.....

10. Membros da família inscritos

	10.1. Apelido ([3a])	Nomes próprios	Sexo F	Sexo M	Apelidos de solteira	Data de nascimento
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Instituição do lugar de residência

11.1. Designação: .....

11.2. Endereço ([3]): .....

.....

11.3. Carimbo

11.4. Data: .....

11.5. Assinatura:

.....

▼M1

E 106

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o segurado

a) O presente formulário dá-lhe direito, para si e para os membros da sua família, às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade. Se estiver desempregado, o presente formulário não lhe é destinado, destinando-se unicamente aos membros da sua família que residam num Estado-membro que não seja aquele em que está segurado.

b) Os dois exemplares do formulário que estão em seu poder devem ser enviados o mais cedo possível à instituição de seguro de doença e maternidade do seu lugar de residência. Se estiver no desemprego, o formulário deve ser enviado pelos membros da sua família à instituição de seguro de doença e maternidade do lugar de residência dos mesmos.

c) As instituições de seguro de doença e maternidade são:

na **Bélgica,** a mutualidade escolhida;

na **Dinamarca,** a « amtskommune » competente, (administração local). Na comuna de Copenhaga: o « Magistrat » (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: a « Kommunalbestyrelse » (administração comunal);

na **Alemanha,** a « Krankenkasse » (Caixa de doença) do lugar de residência à escolha do interessado;

na **Grécia,** regra geral, a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um boletim de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;

na **Espanha,** a « Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social » (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de residência. Se necessitar de prestações, pode dirigir-se aos serviços médicos e hospitalares do sistema de saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;

na **França,** a « Caisse primaire d'assurance maladie » (Caixa Primária de Seguro de Doença); se a resposta ao ponto 2.5 for afirmativa, o formulário pode ser enviado à « Société de secours minière » (Sociedade de Socorros Mineira);

na **Irlanda,** o « Health Board » (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;

na **Itália,** regra geral, a « Unità sanitaria locale » (USL) (unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o « Ministero della sanità — Ufficio di sanità maritima o aerea » (Ministério da Saúde — Departamento da Saúde da Marinha ou da Aviação);

no **Luxemburgo,** a « Caisse de maladie des ouvriers » (Caixa de Doença dos Operários);

nos **Países Baixos,** uma caixa de doença competente para o lugar de residência;

na **Áustria,** a « Gebietskrankenkasse » (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;

em **Portugal, para o Continente:** o Centro Regional de Segurança Social do lugar de residência; para a **Madeira:** a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; para **os Açores:** a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;

na **Finlândia,** o serviço local do « Kansanelaekelaitos » (Instituto do Seguro Social);

na **Suécia,** o « försäkringskassan » (Serviço de seguro social) do lugar de residência;

no **Reino Unido,** o « Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate » (Ministério da Segurança Social, Serviço de Prestações, Direcção de Prestações Internacionais) em Newcastle-upon-Tyne, ou « Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch » (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso;

na **Islândia,** o « Tryggingastofnun rikisins » (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquejavique;

no **Listenstaine,** o « Amt für Volkswirtschaft » (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;

na **Noruega,** o « lokale Trygdekontor » (Serviço local de seguro) do lugar de residência;

d) Este formulário é válido a partir da data indicada no ponto 5 e pelo período indicado na quadrícula que estiver assinalada com uma cruz.

e) Qualquer mudança de situação susceptível de modificar o direito às prestações em espécie — abandono ou mudança de emprego, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um membro da sua família, etc. — deverá ser comunicada por si ou pelos membros da sua família à instituição de seguro onde o formulário tiver sido entregue.

▼M1

E 106

NOTAS

(*) EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaine e na Noruega.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B= Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; A = Áustria; P = Portugal; FIN = Finlândia; S = Suécia; GB = Reino Unido; IS = Islândia; FL = Listenstaine; N = Noruega.

(2) A preencher apenas quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.

(2a) A completar, se for conhecido.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.

Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o « codice fiscale ».

(4) A preencher apenas se o formulário disser respeito aos membros da família do desempregado. Neste caso, indicar um dos membros da família, a fim de permitir a inscrição destes, dado que os membros da família beneficiários são designados segundo a legislação aplicada pela instituição do lugar de residência.

(5) Os membros da família que têm direito às prestações são determinados pela legislação do país de residência.

(6) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição alemã, francesa, italiana ou portuguesa.

(7) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição francesa de trabalhadores não assalariados ou uma instituição da Grécia ou do Reino Unido de trabalhadores assalariados ou não assalariados.

(7a) A completar, se o possuir.

(8) A preencher pelas instituições francesas de trabalhadores não assalariados.

(8a) No caso de o formulário ser preenchido por uma instituição do Listenstaine, deve ser indicado o nome da instituição competente para os acidentes de trabalho.

(9) Se este formulário for emitido para renovar uma declaração feita anteriormente, não há lugar ao preenchimento da parte B.

(10) Se o Estado competente for o Listenstaine, os custos das prestações em espécie relativas a um acidente da vida privada sofrido pelo trabalhador são suportados pela instituição competente referida no quadro 8.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 107 ☐ (1)

PEDIDO DE ATESTADO DE DIREITO A PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1A; artigo 19º 2; artigo 22º 1.a.i, b.i e c.i; artigo 22º 3; artigo 25º 1.a e 3.i; artigo 26º 1; artigo 28º 1.a; artigo 29º 1.a; artigo 31º a; artigo 52º a; artigo 35º 1.a.i, b.i. e c.i
Regulamento 574/72: artigo 17º 1; artigo 20º 2 e 3; artigo 21º 1; artigo 22º 1 e 3; artigo 23º; artigo 27º primeira frase; artigo 28º; artigo 29º 2; artigo 30º 1; artigo 31º 1 e 3; artigo 60º 1; artigo 62º 3, 4 e 7; artigo 63º 1 e 3

A instituição do lugar de residência ou de estada preenche a parte A e envia dois exemplares do formulário à instituição competente, tendo em conta as disposições dos artigos do Regulamento 574/72 citados em referência. Se esta instituição considerar não poder enviar o formulário pedido, preenche a parte B e devolve um dos dois exemplares à instituição que lhos tiver remetido. Quando o país competente for a Bélgica, o formulário deve ser remetido à instituição de seguro de doença, excepto se se tratar de um acidente de trabalho constatado ou de uma doença reconhecida como doença profissional.

A. A preencher pela instituição do lugar de residência ou de estada

1 Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (2): .....
.....
.....

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador fronteiriço (assalariado) ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador fronteiriço (não assalariado) ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
☐ Trabalhador no desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (2a)
.....
2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....
2.3 Endereço habitual (2b): .....
.....
2.4 Número de identificação (2b): .....
2.5 ☐ titular ☐ requerente
da pensão ou da renda de
☐ velhice ☐ invalidez ☐ sobrevivência
☐ acidente de trabalho ☐ doença profissional
nº ..... (3) categoria ..... (3)
2.6 Instituição devedora da pensão ou da renda
.....

3 ☐ Última entidade patronal (4) ☐ Última actividade não assalariada (4)

3.1 Nome ou firma: .....
3.2 Endereço (2): .....
.....
3.3 Ramo de actividade (5): .....
3.4 Instituição de seguro de acidentes de trabalho em que a entidade patronal está inscrita (5a): .....
.....
.....
.....

▼B

E 107

4 Familiares (6)

4.1 Apelido (2a)	Nomes próprios	Data de nascimento	Nº de identificação (2b)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Endereço no país de residência (2) (7): .....
.....

5 Recebemos a ..... um requerimento proveniente da pessoa indicada
☐ no quadro 2 ☐ no quadro 4
com vista a obter

5.1 ☐ a concessão de prestações em espécie
5.2 ☐ a manutenção do direito às prestações em espécie
5.3 ☐ a inscrição na nossa instituição como beneficiário das prestações em espécie.

6 As prestações em espécie ☐ foram concedidas ☐ não foram concedidas
6.1 Em conformidade com o artigo ☐ 20º 3 ☐ 29º 2 ☐ 60º 1 ☐ 62º 3 do Regulamento 574/72.
6.2 O requerente ☐ não voltou a exercer actividade até ao presente
☐ exerceu a actividade seguinte: .....

7 Queiram remeter-nos o atestado de direito a prestações no formulário E .....
válido de ..... a .....

8 ☐ Em anexo, relatório médico (8).

9 Instituição do lugar de residência ou de estada

9.1 Designação: .....
9.2 Endereço (2): .....
.....
9.3 Carimbo

9.4 Data: .....
9.5 Assinatura
.....

B. A preencher pela instituição competente

10

10.1 ☐ Encontra-se, em anexo, o formulário mencionado, solicitando-se a devolução de um exemplar preenchido e assinado (9)

10.2 ☐ Não nos é possível emitir o atestado solicitado na parte A, dado que
.....
.....

11 Instituição competente

11.1 Designação: ..... Nº de código (10): .....
11.2 Endereço (2): .....
.....
11.3 Carimbo

11.4 Data: .....
11.5 Assinatura
.....

▼B

E 107

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2b) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «não tem». Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Preencher somente quando a instituição devedora da pensão ou da renda for uma instituição italiana.

(4) Preencher somente quando o formulário disser respeito a um trabalhador assalariado ou não assalariado em actividade ou a um trabalhador no desemprego.

(5) Preencher somente quando o formulário disser respeito a um trabalhador assalariado que se presuma ter sido vítima de acidente de trabalho.

(5a) Para Espanha: «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social).

(6) Preencher somente no caso de familiares para os quais tenha sido apresentado um requerimento de prestações ou de inscrição. Para a inscrição, indicar um familiar apenas.

(7) Preencher somente se a morada dos familiares for diferente da do amparo da família.

(8) Juntar somente se for necessário. Nesse caso, assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

(9) Em relação às exigências das instituições neerlandesas e se a natureza do formulário a reenviar o permitir.

(10) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» no verso

E 108 ☐ (1)

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO OU DE SUPRESSÃO DO DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO DE DOENÇA E DE MATERNIDADE

Pessoas residentes num país que não seja o país competente

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.a e 2; artigo 25º 3.i; artigo 26º 1; artigo 28º 1.a; artigo 29º 1.a
Regulamento 574/72: artigo 17º 2 e 3; artigo 27º; artigo 28º; artigo 29º 5; artigo 30º; artigo 94º 4; artigo 95º 4

A instituição competente preenche a parte A do formulário e remete dois exemplares à instituição do lugar de residência (se for o caso, por intermédio do organismo de ligação). A instituição do lugar de residência preenche a parte B e devolve, o mais breve possível, um exemplar à instituição competente.

A. Notificação

1 Instituição destinatária

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2

☐ Trabalhador assalariado
☐ Trabalhador não assalariado
☐ Trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ Trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ Trabalhador no desemprego
☐ Requerente de pensão ou de renda
☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

2.1 Apelido (2a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país de residência (2): .....

.....

2.4 Número de identificação (2b): .....

3 Familiar (3)

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência (2): .....

.....

3.4 Número de identificação (2b): .....

4 O direito a prestações atestado pelo nosso formulário ..... de .....
foi suspenso ou suprimido pelo motivo seguinte:

4.1 ☐ O trabalhador acima mencionado deixou de estar segurado por nós desde .....

4.2 ☐ A pensão ou a renda do titular acima mencionado está suspensa ou suprimida desde .....

4.3 ☐ Todas as pessoas que estavam inscritas na vossa instituição deixaram de residir no vosso país desde .....

4.4 ☐ O titular do direito a prestações faleceu a .....

4.5 ☐ (4) .....

▼B

E 108

5	Instituição competente		
5.1	Designação:	Nº de código (5):	.....
5.2	Endereço (2):		
5.3	Carimbo	5.4 Data	.....
		5.5 Assinatura	.....

B. Aviso de recepção

6 Recebemos a notificação contida na parte A anterior a

.....

7 ☐ A pessoa indicada na parte A ☐ As pessoas indicadas na parte A

☐ deixou de beneficiar ☐ deixaram de beneficiar

☐ deixará de beneficiar ☐ deixarão de beneficiar

de prestações a partir de

.....

8	Instituição competente		
8.1	Designação:		
8.2	Endereço (2):		
8.3	Carimbo	8.4 Data	.....
		8.5 Assinatura	.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Preencher apenas quando a supressão ou a suspensão do direito às prestações em espécie notificada pelo presente formulário afectar somente os familiares. Neste caso, indicar só um deles.

(4) Outros motivos, se for caso disso (por exemplo, o não pagamento das contribuições por trabalhadores não assalariados).

(5) A completar, se o possuir.

▼M1

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social EEE (*)

Ver instruções na página 3

E 109 ☐ (1)

ATESTADO PARA A INSCRIÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO TRABALHADOR ASSALARIADO OU NÃO ASSALARIADO E PARA A ACTUALIZAÇÃO DOS INVENTÁRIOS

Regulamento 1408/71: artigo 19.º 2
Regulamento 574/72: artigo 17.º 1; 2, 3 e 4; artigo 94.º 4

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares ao trabalhador, ou fá-los chegar (se for caso disso, por intermédio do organismo de ligação) à instituição do lugar de residência, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Se os membros da família do trabalhador residirem no Reino Unido, a instituição competente faz chegar os dois exemplares ao Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Directorate, em Newcastle-upon-Tyne. A instituição do lugar de residência, uma vez de posse dos formulários, preenche a parte B e devolve um exemplar à instituição competente. Se os membros da família residirem em diferentes países, deverá ser emitido um atestado distinto para cada um desses países.

A. **Notificação do direito**

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1. Designação:
.....

1.2. Endereço (3): .....
.....

1.3. Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado
☐ Trabalhador sazonal assalariado ☐ Trabalhador fronteiriço

2.1. Apelido (3a)
.....

2.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (3a) ..... Data de nascimento .....

2.2. Endereço (3): .....
.....

2.4. Número de identificação (3b) .....

2.5. O trabalhador ☐ trabalha ☐ não trabalha em minas ou empreendimento similar

2.6. ☐ O trabalhador está abrangido por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72

3. Membro da família (4)

3.1. Apelido (3a)
.....

3.2. Nome ..... Apelidos de solteira ..... Data de nascimento .....

3.2. Endereço (3): .....
.....

4. Os membros da família do trabalhador acima indicado têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade salvo se
☐ tiverem já direito a tais prestações ao abrigo da legislação do país onde residem (5)
☐ exercerem uma actividade profissional (5)

5. ☐ Este direito foi adquirido em .....

6. e mantém-se

6.1. ☐ até à anulação do presente atestado

6.2 ☐ durante um ano a contar da data mencionada no ponto 5 (6)

6.3. ☐ até à data prevista para termo do trabalho sazonal, ou seja

6.4. ☐ até (7) ..... inclusive.

▼M1

E 109

7. Instituição competente

7.1. Designação: ..... Nº de código (7a): .....

7.2. Endereço (3): .....

.....

7.3. Carimbo

7.4. Data: .....

7.5. Assinatura:

.....

B. **Notificação da inscrição** (8)

8. ☐ (9)

8.1. Os membros da família do trabalhador indicado no quadro 2 não foram inscritos, dado que

8.2. ☐ nenhum membro da família tem direito às prestações

8.3. ☐ todos os membros da família têm já direito às prestações em espécie ao abrigo das disposições da legislação do nosso país

8.4. ☐ o cônjuge ou a pessoa que tem os descendentes a cargo exerce uma actividade profissional no nosso país (10)

8.5. ☐ o « atestado de família » necessário não foi apresentado

8.6. ☐ (11) .....

9. ☐ (9)

9.1 Os seguintes membros da família do trabalhador indicado no quadro 2 foram inscritos

9.2. Apelido (3a)	Nomes próprios	Sexo F	Sexo M	Data de nascimento	Número de identificação
9.3.	.....	☐	☐	.....	.....
9.4.	.....	☐	☐	.....	.....
9.5.	.....	☐	☐	.....	.....
9.6.	.....	☐	☐	.....	.....
9.7.	.....	☐	☐	.....	.....
9.8.	.....	☐	☐	.....	.....
9.9.	.....	☐	☐	.....	.....

9.10. O custo destas prestações é a vosso cargo; a data a considerar como ponto de partida para o cálculo do montante fixo referido no artigo 94º do Regulamento (CEE) nº 574/72 é

.....

10. Instituição do lugar de residência

10.1. Designação: .....

10.2. Endereço (3): .....

.....

10.3. Carimbo

10.4. Data: .....

10.5. Assinatura:

.....

▼M1

E 109

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o trabalhador

a) O presente formulário permite que os membros da sua família beneficiem das prestações em espécie em caso de doença ou maternidade no país em que residem e segundo a legislação desse país, salvo se tiverem já direito a essas prestações ao abrigo dessa mesma legislação.

b) Logo que esteja de posse dos dois exemplares do presente formulário, deverá enviá-los aos membros da sua família, que os deverão apresentar **imediatamente** à instituição de seguro de doença e maternidade do lugar de residência, ou seja:

na **Bélgica**, a mutualidade escolhida;

na **Dinamarca**, a « amtskommune » competente (administração comunal). Na comuna de Copenhaga: o « Magistrat » (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: a « Kommunalbestyrelse » (administração comunal);

na **Alemanha**, a « Krankenkasse » (Caixa de doença) do lugar de residência à escolha do interessado;

na **Grécia**, regra geral, a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um boletim de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;

na **Espanha**, a « Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social » (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social);

na **França**, a « Caisse primaire d'assurance maladie » (Caixa Primária de Seguro de Doença); se a resposta ao ponto 2.5 for afirmativa, o formulário pode ser enviado à « Société de secours minière » (Sociedade de Socorros Mineira);

na **Irlanda**, o « Health Board » (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;

na **Itália**, regra geral, a « Unità sanitaria locale » (USL) (unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região;

no **Luxemburgo**, a « Caisse de maladie des ouvriers » (Caixa de Doença dos Operários);

nos **Países Baixos**, uma caixa de doença competente para o lugar de residência;

na **Áustria**, a « Gebietskrankenkasse » (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;

em **Portugal, para o Continente**: o Centro Regional de Segurança Social do lugar de residência; para a **Madeira**: a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; **para os Açores**: a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;

na **Finlândia**, o serviço local do « Kansanelaekelaitos » (Instituto do Seguro Social);

na **Suécia**, o « försäkringskassan » (Serviço de seguro social) do lugar de residência;

na **Islânia**, o « Tryggingastofnun rikisins » (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquejavique:

no **Listenstaine**, o « Amt für Volkswirtschaft » (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;

na **Noruega**, o « lokale Trygdekontor » (serviço local de seguro) do lugar de residência;

c) Este formulário é válido a partir da data indicada no ponto 5 e pelo período indicado na quadrícula qu estiver assinalada com uma cruz.

d) Qualquer mudança de situação susceptível de modificar o direito às prestações em espécie — abandono ou mudança de emprego, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um membro da sua família, etc. — deverá ser comunicada por si ou pelos membros da sua família à instituição do lugar de residência.

▼M1

E 109

NOTAS

(*) EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaine e na Noruega.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; A = Áustria; P = Portugal; FIN = Finlândia; S = Suécia; GB = Reino Unido; IS = Islândia; FL = Listenstaine; N = Noruega.

(2) Preencher apenas quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o « codice fiscale ».

(4) Indicar só um membro da família.

(5) Assinalar com uma cruz a quadrícula precedente se o formulário se destinar a uma instituição dinamarquesa, irlandesa, ou do Reino Unido.

(6) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição alemã, francesa, italiana ou portuguesa.

(7) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição francesa de trabalhadores não assalariados ou uma instituição grega ou do Reino Unido de trabalhadores assalariados ou não assalariados.

(7a) A completar, se o possuir.

(8) Se o presente atestado for emitido para renovar uma declaração feita anteriormente e cuja validade tenha expirado, a instituição do lugar de residência não necessita de preencher a parte B.

(9) Preencher o quadro 8 ou 9, conforme o caso, e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

(10) Se for o caso, assinalar com uma cruz a quadrícula precedente, se a parte B tiver sido preenchida por uma instituição dinamarquesa, irlandesa ou do Reino Unido.

(11) Outros motivos.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas páginas 2 e 3

E 110 [ ] (1)

ATESTADO RELATIVO AOS TRABALHADORES ASSALARIADOS DOS TRANSPORTES INTERNACIONAIS

Regulamento 1408/71: artigo 14º 2.a; artigo 22º 1.a.i; artigo 22º 3; artigo 55º 1.a.i
Regulamento 574/72: artigo 20º 1; artigo 62º 1

O formulário deve ser preenchido pela entidade patronal e, se necessário, autenticado pela mesma, a qual o enviará ao trabalhador.

A. Primeiro atestado

1	Trabalhador		
1.1	Apelido (1a)		
	.....		
1.2	Nomes próprios	Apelidos anteriores (1a)	
	.....	.....	
1.3	Data de nascimento	Nacionalidade	DNI (1b)
	.....	.....	.....
1.4	Endereço habitual (2):	.....	
	.....		

2	Familiares que acompanham o amparo de família			
	Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos anteriores	Data de nascimento
2.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3	Instituição competente
3.1	em matéria de seguro contra os acidentes de trabalho (designação e endereço) (2)
	.....
	.....
3.2	em matéria de seguro contra as doenças profissionais (designação e endereço) (2) (3)
	.....
	.....

4 O abaixo assinado certifica que o trabalhador assalariado acima mencionado está ao seu serviço desde

.....

▼B

E 110

5	Entidade patronal	
5.1	Nome ou firma:	.....
5.2	Actividade da empresa:	.....
5.3	Endereço (2):	.....
	.....	
5.4	Carimbo	
		5.5 Data: .....
		5.6 Assinatura da entidade patronal ou do seu representante
		.....

6	Instituição competente em matéria de seguro de doença e maternidade (4) (5)	
6.1	Designação:	.....
6.2	Endereço (2):	.....
	.....	
6.3	Número de inscrição do trabalhador assalariado:	.....
		6.4 Data: .....
6.5	Assinatura do trabalhador assalariado	6.6 Assinatura da entidade patronal ou do seu representante
	.....	.....

B. Prorrogações sucessivas (6)

7 A entidade patronal mencionada no quadro 5 certifica que o trabalhador acima mencionado continua ao seu serviço na data seguinte:

8 Data	8.1 Assinatura da entidade patronal ou do seu representante
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o trabalhador

a) O presente documento é válido durante o mês da sua emissão e os dois meses civis seguintes (ver pontos 5.5 e 8).

b) Dentro destes limites de validade, o documento permite-lhe, assim como aos seus familiares enumerados no quadro 2, beneficiar das prestações em espécie no território do Estado-membro em que se encontrar no exercício do seu trabalho.

c) Quando necessitar de prestações em espécie, deve apresentar, o mais breve possível, este documento à instituição de seguro do país em que se encontrar, ou seja:

— **para as prestações em caso de doença ou de maternidade:**

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *a «Amtskommune» competente (administração comunal). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). A assistência pelo médico, pelo dentista ou pelo farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com as referidas instituições. O formulário deve ser apresentado para cada pedido de prestações. As informações sobre os médicos e os dentistas a quem se pode recorrer, podem ser obtidas junto do «social- og sundhedsforvaltning» (centro local dos serviços sociais e de saúde);*

▼B

E 110

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (caixa local de doença);*

na **Grécia,** *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*

em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde de Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

na **Itália,** *a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente conforme a região;*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers», (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque. A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com a ANOZ Verzekeringen;*

em **Portugal, para o Continente:** *a Administração Regional de Saúde;* **para a Madeira:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* **para os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, em Angra do Heroísmo;*

no **Reino Unido,** *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) a que o tratamento for pedido;*

na **Áustria,** *o «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) se for pedido o reembolso de despesas médicas efectuadas no sector privado. As prestações em espécie podem ser obtidas nos centros de saúde muncipais e nos hospitais públicos apresentando este atestado. Pode obter mais informações nos serviços locais da «Kansaneläkelaitos»;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição. Quando pedir assistência, deve apresentar este formulário;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

— **para as prestações em caso de acidente de trabalho ou de doença profissional:**

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *ver acima, «para as prestações em caso de doença ou de maternidade»;*

na **Alemanha,** *a instituição de seguro de acidentes competente para o lugar de estada;*

na **Grécia,** *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*

em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,**

a) para as prestações em espécie, a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente conforme a região;

b) para próteses, grande aparelhagem, prestações médico-legais e exames e certificados médicos, a sede provincial do «Instituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni» (INAIL) (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho);

no **Luxemburgo,** *a «Association d'assurance contre les accidents» (Associação de Seguro contra os acidentes);*

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque. A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com a ANOZ Verzekeringen;*

em **Portugal,** *a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, em Lisboa;*

no **Reino Unido,** *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) a que o tratamento for pedido;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada ou a «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (Instituição Geral do Seguro de Acidentes), em Viena;*

na **Finlândia,** *a «Tapaturmamavakuutuslaitosten liitto» (Federação das Instituições de Seguro de Acidentes);*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição. Quando pedir assistência, deve apresentar este formulário;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

d) Se a sua entidade patronal não o tiver feito, deve preencher o quadro 6 do formulário.

e) Para obter as prestações em espécie, pode apresentar o formulário E 111 em vez do presente formulário.

▼B

E 110

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(1b) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «Não tem».

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) Preencher somente quando se tratar de uma instituição diferente da indicada no ponto 3.1.

(4) Se a entidade patronal, nos termos da legislação do país competente, não for obrigada a conhecer a instituição competente em matéria de seguro de doença e maternidade, este quadro deve ser preenchido pelo trabalhador.

(5) Para os Países Baixos, indicar a caixa de doença («Ziekenfonds»).

(6) Esta parte só pode ser preenchida se não tiver ocorrido nenhuma alteração nas informações prestadas na parte A.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas páginas 2 e 3

E 111 ☐ (1)

ATESTADO DO DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DURANTE UMA ESTADA NUM ESTADO-MEMBRO

Regulamento 1408/71: artigo 22º 1.a.i; artigo 22º 3; artigo 31º a
Regulamento 574/72: artigo 20º 4; artigo 21º 1; artigo 23º; artigo 31º 1 e 3

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados) ☐ Outra situação

☐ Trabalhador nãs assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

[Apelido (1a), Apelidos anteriores (1a), D.N.I. (2a), endereço (2)]

1.1 Número de identificação (2b): ..... Data de nascimento: .....

1.2 ☐ Esta pessoa está abrangida por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72

2 Familiares (3)

2.1 Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos anteriores	Data de nascimento	Número de identificação (2b)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Endereço habitual (2) (4): .....
.....

3 As pessoas atrás mencionadas têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade
Estas prestações podem ser concedidas

3.1 (5) ☐ de ..... a ..... inclusive

3.2 (5) ☐ a partir de .....

▼B

E 111

4	Instituição competente		
4.1	Designação:	Nº de código (6):	.....
4.2	Endereço (2):		
4.3	Carimbo	4.4 Data:	.....
		4.5 Assinatura	.....

4.6	Válido de ..... a			4.10	Válido de ..... a		
4.7	Carimbo	4.8	Data	4.11	Carimbo	4.12	Data .....
		4.9	Assinatura			4.13	Assinatura .....

5	Instituição francesa competente para os acidentes da vida particular dos não-assalariados agrícolas		
5.1	Designação:	Nº de código (6):	.....
5.2	Endereço (2):		
5.3	Carimbo	5.4 Data:	.....
		5.5 Assinatura	.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

A instituição competente ou, se for caso disso, a instituição do lugar de residência do titular da pensão ou da renda ou do familiar do trabalhador preenche o formulário e envia-o ao interessado ou à instituição do lugar de estada, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Em caso de estada no Reino Unido, este formulário não é necessário.

Indicações para o segurado e seus familiares

a) *O presente documento permite:*

— *ao trabalhador assalariado ou não assalariado e aos seus familiares mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num país que não seja o Estado competente, em caso de necessidade imediata;*

— *ao titular da pensão ou da renda e aos familiares enumerados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária noutro país que não seja o da sua residência habitual,*

obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie em caso de doença ou de maternidade e, a título provisório, em caso de acidente de trabalho ou de doença profissional. No entanto, o presente documento não confere direito às prestações em espécie se o objectivo da deslocação for receber tratamento médico no estrangeiro.

b) *Quando um dos interessados tiver de recorrer às prestações, incluindo a hospitalização, este documento deve ser apresentado ao organismo segurador do país de estada, ou seja:*

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com as instituições referidas. O formulário deve ser apresentado para cada pedido de prestações. As informações sobre os médicos e os dentistas a quem se pode recorrer, podem ser obtidas junto do «social- og sundhedsforvaltning» (repartição local dos serviços sociais e de saúde);*

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caixa local de doença);*

na **Grécia,** *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não serão concedidas;*

▼B

E 111

em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,** *em regra geral, a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della Sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministério da Saúde — Departamento de Saúde da Marinha ou da Aviação);*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Ultreque. A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com a ANOZ Verzekeringen;*

em **Portugal, para o continente:** *a Administração Regional de Saúde;* **para a Madeira:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* **para os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, em Angra do Heroísmo;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) se for pedido o reembolso de despesas médicas efectuadas no sector privado. As prestações em espécie podem ser obtidas nos centros de saúde municipais e nos hospitais públicos apresentando este atestado. Pode obter mais informações nos serviços locais da «Kansaneläkelaitos»;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun» (Instituto Estatal de Segurança Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento de Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição. Quando pedir assistência, deve apresentar este formulário;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

c) Para beneficiar das prestações pecuniárias, o interessado deve, no prazo de três dias a contar do início da incapacidade para o trabalho, dirigir-se à instituição do lugar de estada, apresentando uma declaração de suspensão do trabalho ou, se a legislação aplicada pela instituição competente ou pela instituição do lugar de estada o exigir, apresentando um certificado de incapacidade para o trabalho passado pelo médico assistente.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «Não tem».

(2b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Indicar somente os familiares que se desloquem temporariamente a outro Estado-membro.

(4) Indicar somente quando o endereço dos familiares for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

(5) As duas indicações são alternativas. Dar somente a que for adequada e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

(6) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

REGIME DOS NÃO-ASSALARIADOS

Ver «instruções» no verso

E 111 **B** (1)

ATESTADO DO DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DURANTE UMA ESTADA NUM ESTADO-MEMBRO

Regulamento 1408/71: artigo 22º 1.a.i; artigo 22º 3; artigo 31º a
Regulamento 574/72: artigo 20º 4; artigo 21º 1; artigo 23º; artigo 31º 1 e 3;

1 ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda [Apelido (1a), Apelidos anteriores (1a), nomes próprios, endereço (2)]

1.1 Número de identificação (1b): ..... Data de nascimento: .....

2 Familiares (3)

2.1 Apelido (1a)	Nomes próprios	Apelidos anteriores (1a)	Data de nascimento	Número de identificação (1b)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Endereço habitual (2) (4): .....
.....

SOMENTE HOSPITALIZAÇÃO

3 As pessoas atrás mencionadas têm direito às prestações em espécie somente em caso de hospitalização.
Essas prestações podem ser concedidas:
3.1 de ..... até ..... inclusive

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... Nº de código (5): .....
4.2 Endereço (2): .....
.....
4.3 Carimbo
4.4 Data: .....
4.5 Assinatura
.....

4.6 Válido de ..... a	4.10 Válido de ..... a .....
4.7 Carimbo 4.8 Data	4.11 Carimbo 4.12 Data
.....	.....
4.9 Assinatura	4.13 Assinatura
.....	.....

▼B

E 111 **B**

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS

4.14 Válido de ..... a	4.18 Válido de ..... a .....
4.15 Carimbo 4.16 Data ..... 4.17 Assinatura	4.19 Carimbo 4.20 Data ..... 4.21 Assinatura .....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

A instituição competente ou, se for o caso, a instituição do lugar de residência do titular de pensão ou de renda preenche o formulário e envia-o ao interessado, ou envia-o à instituição do lugar de estada, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Em caso de estada no Reino Unido, este formulário não é necessário.

Indicações para o segurado e familiares

a) *O presente documento permite:*
   - *ao trabalhador não assalariado e aos familiares enumerados no quadro 2 que se encontrem em estada temporária noutro país que não seja o Estado competente,*
   - *ao titular de pensão ou de renda do regime dos não assalariados e aos familiares enumerados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária noutro país que não seja aquele onde têm residência habitual,*

   obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie apenas em caso de hospitalização.

b) *Quando um dos interessados tiver de ser hospitalizado, este documento deve ser apresentado ao organismo segurador do país de estada, ou seja:*

   na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração comunal). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). O formulário deve ser apresentado para cada pedido de prestações;*

   na **Alemanha** *(República Federal), a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (caixa local de doença);*

   na **Grécia,** *a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações não serão concedidas;*

   em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

   em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

   na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

   em **Itália,** *a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região;*

   no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

   nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque;*

   em Portugal, **para o Continente:** *a Administração Regional de Saúde;* **para a Madeira:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* **para os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, em Angra do Heroísmo;*

   na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de estada;*

   na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) e o hospital que dispensa o tratamento. Este formulário deve ser apresentado sempre que são pedidas prestações;*

   na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

   no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

   na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de estada;*

   na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social) do lugar de estada.*

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(1b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) Indicar somente os familiares que se desloquem temporariamente a outro Estado-membro.

(4) Indicar somente quando o endereço dos familiares for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

(5) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 112 ☐ (1)

ATESTADO RELATIVO À MANUTENÇÃO DAS PRESTAÇÕES EM CURSO DO SEGURO DE DOENÇA E MATERNIDADE

Regulamento 1408/71: artigo 22º 1.b.i; artigo 22º 1.c.i; artigo 22º 3; artigo 31º
Regulamento 574/72: artigo 22º 1 e 3; artigo 23º

A instituição competente ou a instituição do lugar de residência do pensionista ou do familiar envia o formulário ao trabalhador, ao pensionista ou ao familiar do pensionista. Se o trabalhador ou o pensionista se deslocarem ao Reino Unido, deverá igualmente ser remetido um exemplar deste formulário ao «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate», em Newcastle-upon-Tyne.

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
☐ Outro

1.1 Apelido (1a)
.....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

1.3 Endereço no país competente (2)
.....
.....

1.4 Endereço no país para onde o trabalhador ou o pensionista se desloca (2) (3)
.....
.....

1.5 Número de identificação (3a) .....

1.6 ☐ O trabalhador ou pensionista está abrangido por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72

2 Familiar que se desloca a outro Estado-membro

2.1 Apelido (1a)
.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país competente (2) (4)
.....
.....

2.4 Endereço no país para onde o interessado se desloca (2)
.....

2.5 Número de identificação (3a) .....

3 A pessoa mencionada ☐ no quadro 1 ☐ no quadro 2
está autorizada a conservar o benefício das prestações em espécie
☐ do seguro de doença e maternidade ☐ do seguro de acidentes da vida privada (5)

em ..... (país) para onde se desloca

3.1 ☐ para aí fixar a sua residência.

3.2 ☐ para aí ser assistido em/por (6)
.....
.....
ou noutro estabelecimento de natureza similar em caso de transferência clinicamente necessário ao seu tratamento.

3.3 ☐ para enviar amostras biológicas a fim de que sejam efectuados exames.

4 As referidas prestações podem ser concedidas, mediante apresentação deste atestado,

4.1 de ..... até ..... inclusive

4.2 de ..... até ..... inclusive apenas em caso de hospitalização (7).

▼B

E 112

5	O relatório do nosso médico inspector
5.1	☐ segue junto ao presente formulário em envelope fechado
5.2	☐ foi enviado em ..... a (8) .....
5.3	☐ será por nós enviado, a pedido
5.4	☐ não foi elaborado

6	Instituição competente		
6.1	Designação:	Nº de código (9):	.....
6.2	Endereço (2):		
6.3	Carimbo	6.4 Data:	.....
		6.5 Assinatura	.....

▼B

E 112

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

Indicações para o segurado

Deve apresentar, o mais breve possível, este atestado à instituição de seguro de doença e maternidade do lugar para onde se desloca, ou seja:

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *a «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). Em caso de tratamento na Dinamarca, apresentar o formulário à instituição que efectuar o tratamento;*

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (caixa local de doença);*

na **Grécia,** *em regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações não serão concedidas;*

em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,** *regra geral, a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região;*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *uma caixa de doença competente para o lugar de residência ou, em caso de estada temporária, o «ANOZ Verzekeringen» Utreque;*

em **Portugal, para o Continente:** *a Administração Regional de Saúde do lugar de estada ou de residência;* **para a Madeira:** *a Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal;* **para os Açores:** *a Direcção Regional de Saúde, em Angra do Heroísmo;*

no **Reino Unido,** *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) ao qual o tratamento for solicitado;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência ou de estada;*

na **Finlândia,** *o serviços locais da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social). Deve apresentar o formulário ao centro de saúde municipal ou ao hospital público que efectuar o tratamento;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguros);*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social). Deve apresentar o formulário à instituição que efectuar o tratamento.*

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) A indicar somente quando o formulário respeitar ao trabalhador ou ao próprio pensionista.

(3a) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(4) A indicar somente quando o endereço do familiar for diferente do do trabalhador ou do pensionista.

(5) A preencher pelas instituições francesas de trabalhadores não assalariados agrícolas.

(6) Indicar, se possível.

(7) A preencher pelas instituições belgas de trabalhadores não assalariados.

(8) Designação e endereço da instituição a que o relatório médico foi enviado.

(9) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZAÇÃO, NOTIFICAÇÃO DE ENTRADA E DE SAÍDA

Regulamento 1408/71: artigo 19º; artigo 22º; artigo 25º 1 e 3.i; artigo 26º; artigo 31º a; artigo 52º a; artigo 55º 1
Regulamento 574/72: artigo 17º 6; artigo 20º 5; artigo 21º 2; artigo 22º 2 e 3; artigo 23º; artigo 26º 3;
artigo 27º; artigo 28º; artigo 31º 2 e 3; artigo 60º 5; artigo 62º 7; artigo 63º 2

Este formulário deve ser emitido em caso de reembolso de prestações em espécie com base nas despesas reais. A preencher pela instituição do lugar de residência ou de estada: a parte A, para notificar a entrada no estabelecimento hospitalar, a parte B, para notificar a saída; a enviar à instituição competente. Se a instituição competente for uma instituição dinamarquesa ou do Reino Unido, não é necessário emitir este formulário.

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (2): .....
.....

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
☐ Trabalhador em situação de desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (2a)
.....
2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....
2.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):
.....
.....
2.4 Número de identificação (2b): .....

3 Familiar hospitalizado

3.1 Apelido (2a)
.....
3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....
3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2) (3)
.....
3.4 Número de identificação (2b): .....

4 Referência
4.1 ☐ vosso formulário ..... de ..... (4)
4.2 ☐ nosso formulário E 107 de .....

A. Notificação de entrada

5 A pessoa mencionada ☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3
5.1 foi hospitalizada a .....
5.2 no estabelecimento seguinte (5) .....
5.3 em consequência ☐ de doença ☐ de maternidade ☐ de acidente de trabalho (6)
☐ de doença profissional (7) ☐ de acidente da vida privada (8)

5.4 A hospitalização prolongar-se-á provavelmente até .....
5.5 ☐ (9) Documentos justificativos ou relatório médico, em anexo

B. Notificação de saída

6 A hospitalização notificada
☐ pelo nosso formulário E 113 datado de .....
☐ na parte A anterior
terminou em .....

▼B

E 113

7	Instituição do lugar de residência ou de estada	
7.1	Designação:	.....
7.2	Endereço (2):	.....
		.....
7.3	Carimbo	
	7.4 Data:	.....
	7.5 Assinatura	
		.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2b) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «não tem». Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Indicar, quando o endereço do familiar for diferente do mencionado no quadro 2.

(4) Número e data de emissão do formulário que certifica o direito do segurado às prestações.

(5) Designação do estabelecimento hospitalar.

(6) Se a vítima estiver segurada na Bélgica ou no Liechtenstein, indicar a seguir o nome e endereço da entidade patronal:

Nome ou firma:	.....
Endereço (2):	.....
	.....

(7) A indicar, se possível.

(8) A preencher, para uso das instituições francesas de trabalhadores não assalariados agrícolas e das instituições portuguesas.

(9) Assinalar com uma cruz a quadrícula, se for necessário.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 114 ☐ (1)

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DE GRANDE IMPORTÂNCIA

Regulamento 1408/71: artigo 19º; artigo 22º; artigo 24º; artigo 25º 1 e 3.i; artigo 26º; artigo 31º a; artigo 52º a; artigo 55º 1
Regulamento 574/72: artigo 17º 7; artigo 20º 5; artigo 21º 2; artigo 22º 2 e 3; artigo 23º; artigo 26º 3; artigo 27º; artigo 28º; artigo 31º 2 e 3; artigo 60º 6; artigo 62º 7; artigo 63º 2 e 3

Este formulário é emitido no caso de reembolso de prestações em espécie com base nas despesas reais. A instituição do lugar de residência ou de estada preenche a parte A e envia à instituição competente um ou dois exemplares do formulário conforme esta notificação diga respeito ao caso previsto no ponto 7.1 ou no ponto 7.2. Se a instituição competente entender dever opor-se à concessão das prestações, deve preencher a parte B e enviar um exemplar do formulário à instituição do lugar de residência ou de estada. Se a instituição competente for uma instituição do Reino Unido, não é necessário emitir este formulário.

A. Notificação

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
☐ Trabalhador em situação de desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (3a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

2.4 Número de identificação (3b): .....

3 Familiar em causa

3.1 Apelido (3a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2) (4)

.....

3.4 Número de identificação (3b): .....

4 Referência:

4.1 ☐ vosso formulário ..... de ..... (5)

4.2 ☐ nosso formulário E 107 de .....

5 Os nossos serviços médicos reconheceram, em relação à pessoa mencionada

☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3

5.1 ☐ a necessidade ☐ a urgência absoluta

5.2 das prestações seguintes: .....

.....

5.3 cujo custo ☐ provável ☐ efectivo é, nos termos da nossa legislação, de

..... (6)

6 ☐ Em anexo encontra-se o relatório médico de controlo (7)

7 As prestações referidas no ponto 5.2 (8)

7.1 ☐ já foram concedidas de urgência a .....

7.2 ☐ serão concedidas, se não houver oposição da vossa parte, dentro de 15 dias a contar da data do envio da presente notificação.

▼B

E 114

8	Instituição do lugar de residência ou de estada
8.1	Designação: .....
8.2	Endereço (2): .....
	.....
8.3	Carimbo
8.4	Data: .....
8.5	Assinatura
	.....

B. Oposição eventual da instituição competente

9 Em seguimento ao ponto 7.2 temos a honra de informar que as prestações indicadas no ponto 5.2 não podem ser concedidas.

Motivo

.....

.....

10	Instituição competente
10.1	Designação: ..... Nº de código (9): .....
10.2	Endereço (2): .....
	.....
10.3	Carimbo
10.4	Data: .....
10.5	Assinatura
	.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3) Se a vítima estiver segurada na Bélgica ou no Liechtenstein, indicar a seguir o nome e o endereço da entidade patronal:

Nome ou firma:	.....
Endereço (2):	.....
	.....

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(4) A indicar somente quando o endereço do familiar for diferente do mencionado no quadro 2.

(5) Número e data de emissão do formulário certificando o direito do interessado às prestações.

(6) O montante deverá ser indicado na moeda do país de estada ou de residência.

(7) Se o relatório médico se encontrar em anexo ao formulário, assinalar com uma cruz a respectiva quadrícula.

(8) Quando se tratar de um trabalhador não assalariado belga, ter em conta **somente** as prestações em espécie em caso de hospitalização.

(9) A completar se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 3

E 115 ☐ (1)

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.ii; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii
Regulamento 574/72: artigo 18º 2 e 3; artigo 24º; artigo 26º 5 e 7; artigo 61º 2 e 3; artigo 64º

Se o formulário disser respeito a um trabalhador em actividade, deve ser emitido num só exemplar e enviado à instituição competente de seguro de doença e maternidade ou de seguro contra os acidentes de trabalho e doenças profissionais. Mas se disser respeito a um desempregado, devem ser emitidos dois exemplares suplementares dos quais um será enviado à instituição competente em matéria de seguro de desemprego, o outro à instituição correspondente do país para onde o desempregado se tiver deslocado à procura de trabalho (ver igualmente notas 7 e 9).

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

2.1 Apelido (2a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país competente (2)

.....

.....

2.4 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

2.5 Número de identificação (2b): .....

2.6 Portador do formulário E 119 passado a ..... (3)

e do formulário E 303 passado a ..... (3)

3 Entidade patronal (4)

3.1 Nome ou firma: .....

3.2 Endereço (2): .....

.....

3.3 Actividade da empresa: .....

A. ☐ (5) **Pedido de prestações**

4 A pessoa mencionada no quadro 2 solicitou a .....
a concessão de prestações pecuniárias por incapacidade de trabalho por

4.1 ☐ doença (6) ☐ maternidade (data presumível do parto: .....)
☐ acidente de trabalho ☐ acidente ocorrido em ..... (data)
☐ doença profissional ☐ adopção ☐ compensação reduzida em caso de maternidade e adopção (6)

5 O certificado do médico assistente

☐ encontra-se em anexo ☐ não pôde ser apresentado

▼B

E 115

6	Segundo o parecer do nosso médico inspector	☐ cujo relatório se anexa ☐ cujo relatório será enviado o mais breve possível
6.1	☐ A incapacidade de trabalho teve início a	.....
	e prolongar-se-á provavelmente até	.....
6.2	☐ Não existe incapacidade de trabalho (7)	

7 ☐ O interessado não cumpriu as formalidades previstas na nossa legislação e, em particular,

.....

.....

8 ☐ Presume-se que a incapacidade de trabalho tenha sido causada por um acidente da responsabilidade de terceiros

8.1 ☐ Em anexo, encontra-se um relatório respeitante ao acidente e o endereço do terceiro responsável

9 ☐ Estamos dispostos a conceder ao interessado as prestações pecuniárias por vossa conta. Queiram informar-nos se estão de acordo e, em caso afirmativo, fornecer-nos as indicações necessárias ao pagamento das prestações (8).

10 ☐ Não estamos dispostos a conceder ao interessado as prestações pecuniárias por vossa conta.

B. ☐ (5) **Prolongamento da incapacidade de trabalho**

11 Em seguimento ao

11.1 ☐ nosso formulário E 115 de .....

11.2 ☐ vosso formulário E 117 de .....

11.3 Temos a honra de informar que, segundo o parecer do nosso médico que procedeu ao exame,

☐ cujo relatório se encontra em anexo,

☐ cujo relatório será enviado o mais breve possível

a pessoa indicada no quadro 2 estará provavelmente incapaz de trabalhar até

.....

12 Instituição do lugar de residência ou de estada

12.1 Designação: .....

12.2 Endereço (2): .....

.....

12.3 Carimbo

12.4 Data: .....

12.5 Assinatura

.....

▼B

E 115

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indição útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) A preencher somente quando o formulário disser respeito a um desempregado.

(4) Para os desempregados, indicar a última entidade patronal.

(5) As partes A e B são alternativas; assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente à parte preenchida. Para os Países Baixos, é indispensável preencher o quadro 4.

(6) Quando solicitada ao abrigo da legislação norueguesa.

(7) Juntar uma cópia do formulário E 118 enviado ao interessado.

(8) Se o formulário se destinar a ser enviado a uma instituição alemã ou italiana, é desnecessário assinalar. Assinalar apenas a quadrícula 10.

(9) Para Itália, em caso de doença ou maternidade, este formulário deve ser enviado à sede local competente do «Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Instituto Nacional da Previdência Social). Em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, deve ser enviado ao «Istituto nazionale d'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAI) (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho). Para os Países Baixos, se a instituição de seguro de doença competente não for conhecida, dirigir o formulário ao G.A.K., Postbus 8300, Amesterdam.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 116 ☐ (1)

RELATÓRIO MÉDICO EM CASO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO (DOENÇA, MATERNIDADE, ACIDENTE DE TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL)

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii

Regulamento 574/72: artigo 18º 2 e 3; artigo 24º; artigo 26º 5 e 7; artigo 61º 2 e 3; artigo 64º; artigo 65º 2 e 4

A preencher pelo médico da instituição que emite o formulário E 115, ao qual será anexado, e enviado em envelope fechado no caso de doença ou de maternidade. Para a Bélgica, deve sempre ser enviado em primeiro lugar à instituição belga competente em matéria de seguro de doença (9). No Liechtenstein, na Noruega e na Suécia, o formulário é preenchido pelo médico assistente do interessado e verificado pela instituição de seguro.

1 Instituição competente destinatária

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

1.3 Referência: nosso formulário E 116 de .....

2 Anexo ao formulário E 115 de .....

3 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2)

.....

.....

3.4 Número de identificação (3): .....

4 Eu, abaixo assinado, ... , licenciado em medicina, depois de ter examinado a pessoa acima mencionada a ..... , considero

4.1 que se trata

☐ de um caso de doença ☐ de um caso de maternidade (data presumível do parto: .....)

4.2 que se trata provavelmente

☐ de acidente de trabalho ☐ de doença profissional ☐ de acidente não ocupacional

4.3 ☐ de recaída ou agravamento

▼B

E 116

Parte A: Relatório geral

5 A preencher em todos os casos (designadamente em caso de acidente de trabalho)

5.1 História pregressa e sintomas actuais

.....

.....

5.2 Exame clínico

5.3 Estado geral: ..... Peso: ..... Altura: ..... (4)

5.4 Outras observações: .....

.....

.....

5.5 Exames de especialidade (5): .....

.....

.....

5.6 Diagnóstico: .....

5.7 Conclusões:

5.8 ☐ O interessado não está incapaz de trabalhar

5.9 ☐ O interessado está incapaz de trabalhar

desde ..... até .....

5.10 ☐ O interessado está parcialmente incapaz de trabalhar (incapacidade de ..... %) desde ..... até ..... (5a)

5.11 ☐ O interessado será submetido a um novo exame médico a .....

5.12 ☐ O interessado está em condições de trabalhar a partir de .....

Parte B: Relatórios em caso de acidente de trabalho

6 Primeiro relatório médico

6.1 Este acidente provocou as seguintes lesões (6)

.....

.....

.....

6.2 Estas lesões ☐ tiveram ☐ terão as consequências seguintes (7)

.....

.....

.....

6.3 A incapacidade de trabalho teve início a .....

6.4 A vítima é assistida

☐ em casa ☐ no consultório do médico

☐ no hospital ☐ em outro local

Endereço (2) (8): .....

.....

▼B

E 116

7	Último relatório médico
7.1	O tratamento terminou a .....
7.2	As lesões consolidaram-se a .....
7.3	☐ sem sequelas
7.4	☐ e terão provavelmente as consequências seguintes:
	.....
	.....
	.....
7.5	Descrição pormenorizada do estado da vítima depois da cura ou no termo do tratamento médico
	.....
	.....
	.....
	.....

8	Instituição do lugar de residência ou de estada
8.1	Designação: .....
8.2	Endereço (2): .....
	.....
8.3	Carimbo
8.4	Data: .....
8.5	Assinatura do médico
	.....

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(4) Informações a fornecer quando necessárias.

(5) Indicar o tipo de exame e a data.

(5a) Para uso das instituições norueguesas.

(6) Indicar o tipo e a natureza das lesões, a parte do corpo lesionada: fractura do braço; contusão na cabeça, nos dedos; lesões internas, asfixia, etc.

(7) Indicar as consequências certas ou prováveis das lesões constatadas: morte, incapacidade permanente ou temporária, total ou parcial; em caso de incapacidade temporária, indicar a duração provável.

(8) Se a vítima estiver a receber tratamento num hospital, indicar o nome do mesmo.

(9) Para os pedidos de prestações por maternidade pagáveis pela Bélgica, o formulário E 116 não é necessário.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 2

E 117 ☐ (1)

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS EM CASO DE MATERNIDADE E DE INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.ii; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii
Regulamento 574/72: artigo 18º 6 e 8; artigo 24º; artigo 26º 7; artigo 61º 6 e 8; artigo 64º

A instituição competente preenche o presente formulário e envia-o à instituição de lugar de residência ou de estada. A instituição competente deve igualmente informar o trabalhador no caso das prestações pecuniárias serem pagas pela instituição do lugar de residência (Regulamento 574/72, artigo 61º 8).

1 Instituição do lugar de residência ou de estada

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 Referência: vosso formulário E 115 de .....

3 ☐ O trabalhador assalariado ☐ O trabalhador não assalariado ☐ O trabalhador em situação de desemprego

3.1 Apelido (2a)

.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (2a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):

.....

.....

3.4 Número de indentificação (2b): .....

4 ☐ tem direito a prestações pecuniárias, provisoriamente e salvo prorrogação eventual, de ..... a .....

4.1 ☐ não tem direito a prestações pecuniárias
Motivo: ver E 118 anexo

4.2 ☐ deixou de ter direito às prestações pecuniárias, a partir de .....
Motivo: ver E 118 anexo

5 Estas prestações serão concedidas (3a)

5.1 ☐ por nós

5.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta (3b)

5.3 ☐ pela entidade patronal (4)
de ..... até ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 O subsídio deve ser pago:

6.2 por todos os dias da semana, salvo ☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado ☐ Domingo

6.3 O montante líquido deste subsídio é de
..... (7) se o segurado não estiver hospitalizado.
..... (7) em caso de hospitalização.

6.4 ☐ (8) Quando o subsídio for devido por um mês completo serão considerados 30 dias, quer o mês tenha ou não 30 dias

7 Queiram enviar-nos, logo que possível, o resultado

7.1 ☐ de exame (9) .....

7.2 ☐ de controlo administrativo

7.3 ☐ de nova inspecção médica a efectuar por volta de .....

▼B

E 117

8	Instituição competente		
8.1	Designação:	Nº de código (10):	.....
8.2	Endereço (2):		
	.....		
8.3	Carimbo	8.4 Data:	.....
		8.5 Assinatura	
		.....	

INSTRUÇÕES

Este formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) Esta informação é desnecessária no caso dos desempregados para os quais tenha sido emitido um formulário E 119.

(3a) A instituição competente pode indicar aqui o método de pagamento:
.....
.....

(3b) Quando este formulário for enviado a uma instituição francesa ou italiana, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

(4) A preencher, se for o caso, pelas instituições dinamarquesas, alemãs ou luxemburguesas.

(5) A preencher pelas instituições alemãs, espanholas e luxemburguesas.

(6) A preencher somente no caso indicado no ponto 5.2.

(7) Indicar o montante na moeda do país competente.

(8) Assinalar com uma cruz esta quadrícula se for o caso.

(9) Indicar o tipo de exame médico pedido (radiografia, análise de ..., etc.).

(10) A completar se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» no verso

E 118 ☐ (1)

NOTIFICAÇÃO DO NÃO-RECONHECIMENTO OU DO FIM DA INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.ii, b.ii, c.ii; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii, b.ii, c.ii
Regulamento 574/72: artigo 18º 4 e 6; artigo 24º ; artigo 26º 5 e 7; artigo 61º 4 e 6; artigo 64º

Se o formulário disser respeito a um trabalhador no activo, a instituição do lugar de residência (ou instituição competente) emite dois exemplares dos quais um é enviado ao trabalhador e o outro à instituição de seguro de doença e maternidade ou de seguro contra os acidentes de trabalho e doenças profissionais do país competente (do lugar de residência ou de estada). Se disser respeito a um desempregado, devem ser emitidos além dos dois exemplares precedentes (dos quais um se destina ao desempregado), mais dois exemplares suplementares dos quais um será enviado à instituição competente de seguro de desemprego e o outro à instituição do país para onde o desempregado se dirigiu à procura de trabalho.

1 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador em situação de desemprego

1.1 Apelido (1a)
.....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

1.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):
.....
.....

1.4 Número de indentificação (2a): .....

2 ☐ Instituição competente ☐ Instituição do lugar de residência ou de estada

2.1 Designação: .....

2.2 Endereço (2): .....
.....

3 ☐ Dos factos que foram trazidos ao nosso conhecimento

☐ Da inspecção efectuada pelo nosso médico, a ..... conclui-se que:

3.1 ☐ a sua incapacidade de trabalho é apenas parcial

3.2 ☐ tem direito a uma indemnização parcial no montante de ..... a partir de ..... (3)

3.3 ☐ não está incapaz de trabalhar

3.4 ☐ a sua incapacidade de trabalho terminou a ..... (4)

3.5 ☐ o último dia pelo qual receberá prestações pecuniárias é .....

3.6 ☐ A instituição competente decidirá sobre o último dia pelo qual receberá prestações pecuniárias

3.7 ☐ Não tem direito a prestações por motivo de .....
.....

4 ☐ Instituição do lugar de residência ou de estada ☐ Instituição competente

4.1 Designação: ..... Nº de código (5): .....

4.2 Endereço (2): .....
.....

4.3 Carimbo

4.4 Data: .....

4.5 Assinatura
.....

▼B

E 118

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. Com o respectivo anexo, é composto de 5 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações destinadas ao trabalhador ou ao desempregado:

Se não concordar com a decisão que lhe é notificada através deste documento, pode interpor recurso.

As vias e os prazos de recursos vêm indicados em anexo.

Para as normas processuais e os prazos, deve seguir as instruções dadas relativamente ao país competente.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2) Rua, número, código postal, localidade, país.

(2a) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(3) A preencher somente quando for a instituição competente a emitir o formulário. Indicar se se trata de montante diário, semanal, mensal.

(4) Indicar o último dia de incapacidade de trabalho.

(5) A completar, se o possuir.

▼B

E 118 Anexo

VIAS E PRAZOS DE RECURSO

Regulamento 574/72 artigo 18º 4; artigo 61º 4

1. **BÉLGICA**

Caso não concorde com a decisão anexa, tem o direito de interpor recurso devendo fazê-lo por carta datada e assinada, entregue ou enviada sob registo, no prazo de um mês a contar da data da recepção da notificação, à secretaria do tribunal de trabalho competente.

Por tribunal de trabalho competente, entende-se:

a) Se residir na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição onde tiver o seu domicílio;

b) Se não residir ou já não residir na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição onde tinha o seu último domicílio ou a sua última residência na Bélgica;

c) Se não tiver tido domicílio ou residência na Bélgica, o tribunal de trabalho da circunscrição da sua última ocupação na Bélgica.

2. **DINAMARCA**

Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de quatro semanas a contar da data de recepção da notificação da decisão, interpor recurso no «Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalgelt» (Conselho de recursos para assuntos sociais, comissão dos subsídios diários), Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Copenhagen K.

3. **ALEMANHA**

O acto administrativo anexo torna-se definitivo se não interpuser recurso no prazo de três meses a contar da notificação. Pode apresentar um recurso escrito no prazo de três meses na seguinte instituição alemã:

Designação: .....
Endereço: .....
.....

4. **GRÉCIA**

Caso não concorde com a decisão anexa, pode, num prazo de 30 dias a contar da data da recepção da respectiva notificação, interpor recurso junto de:

Designação: .....
Endereço: .....
.....

5. **ESPANHA**

Pode apresentar recurso da decisão anexa, no prazo de 30 dias úteis a contar da data de recepção da notificação respectiva, junto de:

Designação: .....
Endereço: .....
.....

quer directamente quer por intermédio da instituição do seu lugar de estada ou de residência.

6. **FRANÇA**

Se desejar contestar a decisão anexa, dispõe de um prazo de dois meses a contar da data da recepção da notificação para interpor recurso junto do médico chefe da Caixa primária de seguro de doença a seguir mencionada:

Designação: .....
Endereço: .....
.....

▼B

E 118 Anexo

7. **IRLANDA**

Caso não concorde com a decisão anexa, pode dirigir um pedido ao «Social Welfare Appeals Office», D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Esse pedido deve ser feito no prazo de 21 dias a contar da data da recepção da decisão.

8. **ITÁLIA**

Decisões do INPS (doença e maternidade)

O segurado que queira contestar uma decisão do INPS pode apresentar um recurso administrativo à Comissão Provincial competente no prazo de 90 dias a contar da recepção da competente decisão.

Além disso, o interessado pode interpor recurso judicial no prazo de um ano a contar da data da notificação da decisão da Comissão ou uma vez decorridos 90 dias desde a apresentação do recurso sem que a Comissão se tenha pronunciado.

Decisões do INAIL (acidentes de trabalho e doenças profissionais)

O segurado que queira contestar uma decisão do INAIL pode, no prazo de 60 dias a contar da data da recepção da notificação, que lhe foi enviada, informar o INAIL, por carta registada com aviso de recepção ou por carta expedida contra recibo, dos motivos pelos quais considera que a decisão não se justifica; se se tratar de incapacidade permanente, deverá precisar o montante da indemnização a que se julgar com direito; em qualquer caso, o recurso deverá ser acompanhado de atestado médico que contenha elementos que justifiquem o seu pedido.

Se não receber resposta no prazo de 60 dias a contar da data do aviso de recepção ou do recibo atrás referido, ou se achar que a mesma não é satisfatória, pode citar o INAIL junto das instâncias judiciais.

A carta expondo os motivos por que o segurado não concorda com a decisão do INAIL pode ser-lhe enviada, quer directamente quer por intermédio da instituição do lugar de residência ou de estada.

9. **LUXEMBURGO**

Caso não concorde com a decisão anexa, tem o direito de interpor recurso, em princípio junto de «Conseil arbitral des assurances sociales», no prazo de 40 dias a contar da data da recepção da notificação da decisão.

10. **PAÍSES BAIXOS**

Caso não concorde com a comunicação anexa, tem o direito de solicitar à instituição neerlandesa competente (mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118) que tome uma decisão susceptível de recurso dentro de um prazo razoavelmente curto. A decisão indicará os prazos e vias de recurso.

11. **PORTUGAL**

Se não estiver de acordo com a decisão anexa, pode

— se a incapacidade para o trabalho não foi reconhecida, interpor recurso junto da Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde, no prazo de oito dias a contar da data da recepção da notificação da decisão,

— se um pedido de prestações pecuniárias foi indeferido por razões administrativas, interpor recurso para o Tribunal Administrativo do círculo competente, no prazo de dois meses a contar da data da recepção da notifcação da decisão. Se estiver a residir fora de Portugal, este prazo é aumentado para quatro meses.

12. **REINO UNIDO**

Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso no prazo de 28 dias a contar da data da recepção da notificação junto do «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministério da Segurança Social, Agência de Prestações, Direcção das Prestações Internacionais), em Newcastle-upon-Tyne, ou da «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso.

13. **ÁUSTRIA**

Caso não concorde com as informações anexas (formulário E 118), tem o direito de solicitar uma decisão à instituição austríaca competente mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do mesmo formulário, da qual poderá receber instruções quanto às vias de recurso admissíveis.

▼B

E 118 Anexo

14. **FINLÂNDIA**

Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso no prazo de 30 dias a contar da data de recepção da notificação da decisão junto da instituição finlandesa de seguro mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118 ou junto da instituição mais próxima do seu lugar de residência, igualmente mencionada num desses quadros.

15. **ISLÂNDIA**

Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto do Conselho Estatal de Segurança Social, em Reiquejavique.

16. **LIECHTENSTEIN**

a) Relativamente ao seguro de doença: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de doença, pode pedir uma notificação formal da qual conste a fundamentação e informações relativas às vias de recurso possíveis.

   No prazo de 60 dias a contar da recepção dessa notificação formal, o interessado pode interpor recurso para o tribunal competente.

b) Relativamente ao seguro de acidentes: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de acidentes, pode, no prazo de dois meses a contar da recepção da decisão, pedir à instituição competente que reconsidere a sua decisão.

   Se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de acidentes, pode, também, no prazo de dois meses a contar da recepção da decisão, interpor recurso no tribunal competente. O mesmo vale para a decisão da instituição do seguro de acidentes, no que respeita ao pedido de reconsideração acima referido.

17. **NORUEGA**

O recurso contra uma decisão norueguesa deve ser enviado à instituição mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118 no prazo de seis semanas a contar da data de recepção da notificação da decisão.

18. **SUÉCIA**

No prazo de dois meses a contar da data de recepção da notificação da decisão, pode interpor recurso para a instituição sueca mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118. No seu recurso, deve indicar as razões pelas quais considera que a decisão não se justifica.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas páginas 3 e 4

E 119 ☐ (1)

ATESTADO RELATIVO AO DIREITO DOS TRABALHADORES EM SITUAÇÃO DE DESEMPREGO E DOS SEUS FAMILIARES ÀS PRESTAÇÕES DO SEGURO DE DOENÇA-MATERNIDADE

Regulamento 1408/71: artigo 25º1 e 3.i
Regulamento 574/72: artigo 26º1

O formulário deve ser enviado ao trabalhador em situação de desemprego pela instituição competente ou por esta enviado à instituição do lugar de residência ou de estada, no caso de ter sido emitido a pedido desta última.

1 Instituição do lugar de residência ou de estada (2)

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (3): .....

.....

1.3 Referência: vosso formulário ☐ E 107 de ..... ☐ E 115 de .....

2 Trabalhador em situação de desemprego

2.1 Apelido (3a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país em que o interessado procura trabalho (3):

.....

.....

2.4 Número de identificação: .....

3 Última entidade patronal, se for o caso

3.1 Nome ou firma: .....

3.2 Endereço (3): .....

.....

4 O interessado acima mencionado tem direito às prestações do seguro de doença e maternidade

☐ em espécie para si próprio

☐ pecuniárias para si próprio

☐ em espécie para os familiares

desde que a instituição de seguro de desemprego do país para onde o mesmo se tiver deslocado para procurar trabalho tenha enviado à instituição de seguro de doença e maternidade do mesmo país um formulário E 303/3 com o atestado previsto no artigo 26º 2, primeiro parágrafo, do Regulamento 574/72.

5 As prestações em espécie podem ser concedidas

5.1 ☐ durante um período que não exceda o período fixado para o direito às prestações de desemprego.

5.2 ☐ para os casos de doença ocorridos até ..... inclusive
durante ..... dias .....semanas.

6 Em caso de incapacidade de trabalho, as prestações pecuniárias podem ser concedidas

6.1 ☐ durante um período que não exceda o período fixado para o direito às prestações de desemprego

6.2 ☐ para os casos de doença ocorridos até ..... inclusive
durante ..... dias .....semanas.

7 Estas prestações pecuniárias serão concedidas

7.1 ☐ por nós

7.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta (3b).

▼B

E 119

8

8.1 O subsídio deverá ser concedido

8.2 ☐ pelos mesmos dias da semana que os previstos para o subsídio de desemprego

8.3 ☐ por todos os dias da semana, excepto ☐ segunda-feira ☐ terça-feira ☐ quarta-feira ☐ quinta-feira ☐ sexta-feira ☐ sábado ☐ domingo

9 (4)

9.1 O montante diário líquido do subsídio

9.2 ☐ é igual ao previsto em relação ao seguro de desemprego

9.3 ☐ é de ..... (5), se o segurado não estiver hospitalizado

é de ..... (5), em caso de hospitalização

10 Instituição competente (6)

10.1 Designação: ..... Nº de código (7): .....

10.2 Endereço (3): .....

.....

10.3 Carimbo

10.4 Data: .....

10.5 Assinatura

.....

▼B

E 119

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido com caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o trabalhador em situação de desemprego:

a) Para obter as prestações em espécie do seguro de doença para si e seus familiares deverá dirigir-se à instituição seguinte:

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Komunalbestyrelse» (administração comunal). A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com as instituições referidas. O formulário deve ser apresentado para cada período de prestações. As informações sobre os médicos e os dentistas a quem se pode recorrer podem ser obtidas junto do «social- og sundhedsforvaltning» (repartição local dos serviços sociais e de saúde);*

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caixa local de doença);*

na **Grécia,** *em regra geral, a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*

em **Espanha,** *a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de estada ou de residência. Se necessitar de prestações pode dirigir-se aos serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

na **Itália,** *a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração da saúde);*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *uma caixa de doença competente para o lugar de residência ou de estada;*

em **Portugal,** *para o* **Continente:** *a Administração Regional de Saúde; para a* **Madeira:** *A Direcção Regional de Saúde Pública, no Funchal; para os* **Açores:** *a Direcção Regional de Saúde, em Angra do Heroísmo;*

no **Reino Unido,** *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) onde for tratado;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência ou de estada;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social) se for pedido o reembolso de despesas médicas efectuadas no sector privado. As prestações em espécie podem ser obtidas nos centros de saúde municipais e nos hospitais públicos apresentando este atestado. Pode obter mais informações nos serviços locais da «Kansaneläkelaitos»;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição. Quando pedir assistência, deve apresentar este formulário;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

b) Para obter as prestações pecuniárias em caso de incapacidade de trabalho ou de hospitalização, deve apresentar (salvo se estiver nos Países Baixos) os formulários referidos na alínea a) bem como um atestado de incapacidade para o trabalho passado pelo seu médico assistente na instituição seguinte:

- *— na Bélgica, na Alemanha, em Espanha, em França, na Itália, no Luxemburgo, na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia: na instituição de seguro indicada na alínea a);*
- *— na Dinamarca: na «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (centro local dos serviços sociais e de saúde). Nas comunas de Copenhaga, Odense, Ålburg e Århus, na «Magistrat» (administração comunal);*
- *— na Irlanda: «Department of Social Welfare, EC Records Section» (Ministério da Previdência Social, Serviço de Registos CE), Dublin 2;*
- *— nos Países Baixos, deve comunicar a sua incapacidade para o trabalho ao serviço distrital do «Gemeenschappelijk Administratie-kantoor (G.A.K.)» (Serviço administrativo comum) que lhe concede as prestações de desemprego;*
- *— em Portugal: para o Continente: o Centro Regional de Segurança Social do lugar de estada ou residência; para a Madeira: a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; para os Açores: a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;*
- *— no Reino Unido: o «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministério da Segurança Social, Agência Prestações, Direcção das Prestações Internacionais) em Newcastle-upon-Tyne, ou «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso.*

▼B

E 119

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência ou de estada.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Se o formulário for enviado a uma instituição italiana, é desnecessário assinalar esta quadrícula. Assinalar apenas a quadrícula 7.1.

(4) Preencher este quadro somente quando as prestações pecuniárias devam ser pagas pela instituição do lugar de residência ou de estada.

(5) Indicar o montante na moeda do país competente.

(6) Se o formulário for emitido por uma instituição neerlandesa, as prestações em espécie são a cargo do «Ziekenfondsraad» (Conselho das Caixas de Doença) em Amstelveen; as prestações pecuniárias são a cargo da instituição que emitir o formulário.

(7) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 4

E 120 ☐ (1)

ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE PARA OS REQUERENTES DE PENSÃO OU DE RENDA E PARA OS SEUS FAMILIARES

Regulamento 1408/71: artigo 26º1
Regulamento 574/72: artigo 28º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e entrega dois exemplares ao interessado que os deve apresentar na instituição do seu lugar de residência. Se o requerente de pensão residir no Reino Unido, os dois exemplares do formulário devem ser enviados directamente ao Department of Social Security Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, em Newcastle-upon-Tyne. Ao receber os dois exemplares, a instituição do lugar de residência preenche a parte B e envia um exemplar à instituição mencionada no quadro 6. Se for o caso, os dois exemplares são enviados primeiro à instituição que deve preencher os quadros 5 e 6.

A. Notificação do direito

1 Instituição do lugar de residência (2)

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (3): .....

.....

1.3 Referência: vosso formulário E 107 de .....

2 Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (3a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....

2.3 Endereço no país de residência (3): .....

.....

2.4 Número de identificação (3b): .....

3 A preencher pela instituição à qual o pedido de pensão ou de renda tiver sido apresentado

3.1 O interessado acima indicado apresentou a ..... (data)
um requerimento de pensão ou de renda

☐ de velhice ☐ de invalidez ☐ de sobrevivência
☐ de acidente de trabalho ☐ de doença profissional

3.2 (4) ☐ Conclui-se do exame deste pedido que o interessado é susceptível de obter uma pensão a nosso cargo

4 Instituição que preencheu o quadro 3

4.1 Designação: .....

4.2 Endereço (3): .....

.....

4.3 Carimbo

4.4 Data: .....

4.5 Assinatura

.....

▼B

E 120

5 A preencher pela instituição à qual foi apresentado o requerimento de pensão ou de renda ou pela instituição de seguro de doença e maternidade do país onde este requerimento foi apresentado (6)

5.1 Nº de inscrição da instituição de instrução (4a): .....

5.2 O interessado indicado no quadro 2 e os seus familiares têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade

5.3 ☐ a partir de ..... e até à anulação do presente atestado

5.4 ☐ durante um ano a partir de .....

6 Instituição que preencheu o quadro 5 (6)

6.1 Designação: .....

6.2 Endereço (3): .....

.....

6.3 Carimbo

6.4 Data: .....

6.5 Assinatura

.....

B. Notificação da inscrição ou não-inscrição

7 (5) ☐

7.1 O interessado mencionado no quadro 2 e os seus familiares não puderam ser inscritos dado que

.....

.....

8 (5) ☐

8.1 Nº de código da instituição do lugar de residência (4a): .....

8.2 O interessado mencionado no quadro 2 e os seus familiares abaixo indicados foram inscritos a

..... (data)

9 Familiares inscritos

	Apelido (3a)	Nomes próprios	Sexo F	Sexo M	Apelidos anteriores (3a)	Data de nascimento
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

▼B

E 120

10	Instituição do lugar de residência
10.1	Designação: .....
10.2	Endereço (3): .....
	.....
10.3	Carimbo
10.4	Data: .....
10.5	Assinatura
	.....

▼B

E 120

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas: nenhuma delas pode ser suprimida mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o segurado

a) O presente atestado dá-lhe, a si e aos seus familiares, o direito de beneficiar das prestações em espécie em caso de doença ou de maternidade no país da sua residência;

b) Deve, logo que possível, apresentar os dois exemplares deste atestado, que tem em seu poder, a uma das instituições de seguro a seguir mencionadas:

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal);*

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caixa local de doença);*

na **Grécia,** *em regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA) que entrega ao interessado um livrete de saúde, sem o qual as prestações em espécie não serão concedidas;*

em **Espanha,** *a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de residência. Se necessitar de prestações pode dirigir-se aos serviços médicos e hospitalares do Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação for pedida;*

em **Itália** *a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local da administração de saúde) competente conforme a região;*

no **Luxemburgo,** *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*

nos **Países Baixos,** *uma caixa de doença competente para o lugar de residência;*

em **Portugal:** *para o* **Continente:** *o Centro Regional de Segurança Social do lugar de residência; para a* **Madeira:** *a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; para os* **Açores:** *a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;*

na **Áustria,** *o «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;*

na **Finlândia,** *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro social);*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisis» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de residência;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social). A assistência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

c) Deve informar a instituição de seguro onde entregou o formulário de qualquer mudança de situação que possa modificar o direito às prestações em espécie (concessão da pensão ou da renda requerida, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um familiar, etc.).

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Para os nacionais italianos, indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(4) Assinalar com uma cruz esta quadrícula, se for necessário.

(4a) A completar, se o possuir.

(5) Preencher o quadro 7 ou o quadro 8 conforme o caso e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

(6) Na Itália, os quadros 5 e 6 devem ser preenchidos exclusivamente pela USL ou pelo Ministério da Saúde.

▼M2

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social EEE (*)

Ver «Instruções» na página 4

E 121 ☐ (1)

ATESTADO PARA A INSCRIÇÃO DOS TITULARES DE PENSÃO OU DE RENDA OU DOS MEMBROS DA SUA FAMÍLIA E ACTUALIZAÇÃO DOS INVENTÁRIOS

Regulamento (CEE) nº 1408/71: nº 1, alínea a), do artigo 28º; nº 1, alínea a), do artigo 29º
Regulamento (CEE) nº 574/72: nºs 1, 2 e 3 do artigo 29º; artigo nº 1 do artigo 30º; nº 4 do artigo 95º

A instituição que deve emitir o atestado nos termos do nº 2 do artigo 29º ou do nº 1 do artigo 30º do Regulamento (CEE) nº 574/72 preenche a parte A do formulário e entrega dois exemplares do mesmo ao titular de pensão ou de renda, ou ao membro da sua família, ou envia-os à instituição do lugar de residência se o formulário tiver sido pedido por esta. Se o titular da pensão ou o membro da sua família residir no Reino Unido, os dois exemplares do formulário devem ser enviados directamente ao «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» em Newcastle-upon-Tyne. Se for o caso, os dois exemplares são enviados primeiro à instituição que deve preencher os quadros 6 e 7. Ao receber os dois exemplares, a instituição do lugar de residência preenche a parte B e envia um exemplar à instituição mencionada no quadro 7.

A. **Notificação do direito**

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1. Designação:
.....

1.2. Endereço (3): .....
.....

1.3. Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

2.1. Apelido (4)
.....

2.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (4) ..... Data de nascimento .....

2.3. Endereço no país de residência (3):
.....

2.4. Data da eventual transferência de residência: .....

2.5. Número de identificação (5): .....

3. A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda

3.1. O interessado em cima mencionado é titular de uma pensão ou de uma renda
☐ de velhice ☐ de invalidez ☐ de sobrevivência
☐ de acidente de trabalho ☐ de doença profissional

3.2. Desde (data) .....

3.3. Número da pensão ou da renda: .....

4. Instituição que preencheu o quadro 3 (6)

4.1. Designação: .....

4.2. Endereço (3): .....
.....

4.3. Carimbo

4.4. Data: .....

4.5. Assinatura:
.....

▼M2

E 121

5. Membro da família do titular de pensão ou de renda

5.1. Apelido (4)

.....

5.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (4) ..... Data de nascimento .....

5.3. Endereço no país de residência (3): .....

.....

5.4. Data da eventual transferência de residência: .....

5.5. Número de identificação (5): .....

6. A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda ou pela instituição do seguro de doença e maternidade do país devedor da pensão ou da renda (7)

6.1. Número de código da instituição de instrução (8): .....

6.2. ☐ O interessado mencionado no quadro 2

☐ O interessado mencionado no quadro 5

tem direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de: .....

6.3. O custo das prestações a conceder no país de residência, que não seja o país competente, é a nosso cargo.

6.4. ☐ a partir de: ..... e até à anulação do presente atestado.

6.5. ☐ durante um ano a partir de: ..... (9)

6.6. ☐ a entrega do presente atestado põe termo à validade do formulário E ..... de: .....

7. Instituição que preencheu o quadro 6 (7)

7.1. Designação: .....

7.2. Endereço (3): .....

.....

7.3. Carimbo

7.4. Data: .....

7.5. Assinatura:

.....

B. **Notificação da inscrição ou da não inscrição**

8. ☐ (10)

8.1. ☐ O interessado mencionado no quadro 2

☐ O interessado mencionado no quadro 5

não pôde ser inscrito

8.2. ☐ porque o interessado já tem direito às prestações em espécie ao abrigo da legislação do nosso país

8.3. ☐ Outros motivos: .....

.....

.....

▼M2

E 121

9. ☐ (10)

9.1. ☐ O interessado mencionado no quadro 2
☐ O interessado mencionado no quadro 5
foi inscrito.

9.2. O custo destas prestações é a vosso cargo; a data a considerar como ponto de partida para o cálculo do montante fixo referido no artigo 95º do Regulamento (CEE) nº 574/72 é: .....

9.3. Número de código da instituição ou do lugar de residência (8): .....

10. Instituição do lugar de residência do titular de pensão ou de renda ou do membro da sua família

10.1. Designação: .....

10.2. Endereço (3): .....
.....

10.3. Carimbo

10.4. Data: .....

10.5. Assinatura:
.....

▼M2

E 121

9. ☐ (10)

9.1. ☐ O interessado mencionado no quadro 2
☐ O interessado mencionado no quadro 5
foi inscrito.

9.2. O custo destas prestações é a vosso cargo; a data a considerar como ponto de partida para o cálculo do montante fixo referido no artigo 95º do Regulamento (CEE) nº 574/72 é: .....

9.3. Número de código da instituição ou do lugar de residência (8): .....

10. Instituição do lugar de residência do titular de pensão ou de renda ou do membro da sua família

10.1. Designação: .....

10.2. Endereço (3): .....
.....

10.3. Carimbo

10.4. Data: .....

10.5. Assinatura:
.....

▼M2

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 123 ☐ (1)

ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO CONTRA ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Regulamento 1408/71: artigo 52º a; artigo 55º 1.a.i, b.i e c.i
Regulamento 574/72: artigo 60º 1; artigo 62º 4 e 6; artigo 63º 1 e 3

Quando o formulário tiver sido pedido pela instituição do lugar de residência ou de estada do interessado mediante um formulário E 107, deve ser enviado à referida instituição; nos outros casos, deve ser entregue ao trabalhador. Se este se deslocar para o Reino Unido, um exemplar do formulário deve igualmente ser enviado ao «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate», Newcastle-Upon-Tyne.

1 Instituição do lugar de residência ou de estada (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Endereço (3): .....
.....
1.3 Referência: vosso formulário E 107 de: ..... (data)

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado

2.1 Apelido (3a)
.....
2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....
2.3 Endereço no país competente (3)
.....
.....
2.4 Endereço no país para onde o interessado se desloca (3)
.....
.....
2.5 Número de identificação (3b): .....

3 Em virtude de

3.1 ☐ Os elementos indicados no vosso formulário E 107 de: ..... (data)
3.2 ☐ o acidente de trabalho ocorrido a: ..... (data)
e que teve as seguintes consequências:
.....
.....
.....
3.3 ☐ a doença profissional verificada a: ..... (data)
e que teve as seguintes consequências:
.....
.....
3.4 ☐ a autorização que concedemos ao interessado para conservar o direito às prestações em espécie em ..... (país) para onde se desloca
☐ para aí fixar residência ☐ para aí receber cuidados médicos

▼B

E 123

4	O trabalhador acima mencionado pode beneficiar das prestações em espécie ☐ por acidente de trabalho ☐ por doença profissional	
4.1	☐ durante o período previsto pelas disposições da legislação do país de residência	
4.2	☐ até	
4.3	☐ durante três meses, no máximo	
4.4	☐ sem limitação de tempo	

5	O relatório do nosso médico inspector	
5.1	☐ encontra-se em anexo, em envelope fechado.	
5.2	☐ foi enviado a ..... (data) à (4)	
	.....	
5.3	☐ pode ser-nos solicitado.	
5.4	☐ não foi efectuado	

6	Instituição competente	
6.1	Designação:	Nº de código (5): .....
6.2	Endereço (3):	
	.....	
6.3	Carimbo	
		6.4 Data: .....
		6.5 Assinatura
		.....

▼B

E 123

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o segurado:

Deve apresentar, o mais breve possível, este atestado à instituição de seguro do país para onde se tiver deslocado, ou seja:

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Amtskommune» competente (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal). Em caso de estada temporária, a assistência do médico, do dentista ou do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com as instituições referidas. O formulário deve ser apresentado em cada pedido de prestações. As informações sobre os médicos e dentistas a quem se pode recorrer podem ser obtidas junto do «social- og sundhedsforvaltning» (centro local dos serviços sociais e de saúde). Em caso de tratamento, apresentar o formulário à instituição que efectuar o tratamento;*

na **Alemanha,** *a instituição de seguro de acidentes competente para o lugar de residência ou de estada;*

na **Grécia,** *em regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado a livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*

em **Espanha,** *os serviços médicos e hospitalares ao Serviço de Saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

em **França,** *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

na **Irlanda,** *o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*

em **Itália,**

a) a «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidade local de administração de saúde) competente conforme a região; para os marítimos e o pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della Sanità — Ufficio di sanità maríttima o aerea» — (Ministério da Saúde — Departamento de saúde da Marinha ou da Aviação Civil), competente conforme a região;

b) para próteses, grande aparelhagem, prestações médico-legais, exames e atestados médicos, a sede provincial do «Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni» (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho) (INAIL);

no **Luxemburgo,** *a «Association d'assurance contre les accidents» (Associação de Seguro contra os Acidentes);*

nos **Países Baixos,** *uma caixa de doença competente para o lugar de residência ou, em caso de estada temporária, o ANOZ Verzekeringen, Utreque. A assistência do médico, do dentista ou do farmacêutico pode ser solicitada sem contacto prévio com o ANOZ;*

em **Portugal,** *a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, em Lisboa;*

no **Reino Unido,** *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) ao qual o tratamento for solicitado;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência ou de estada ou a «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (Instituição Geral do Seguro de Acidentes), Viena;*

na **Finlândia,** *o «Tapaturmavakuutuslaitosten liito» (Federação das Instituições de Seguro de Acidentes);*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro). A assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social). A assitência dos serviços médicos (hospital, médico, dentista, etc.) pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição.*

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência ou de estada do interessado.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(3b) Para os nacionais italianos, indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(4) Designação e endereço da instituição à qual o relatório médico tiver sido enviado.

(5) A completar, se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas página 2 e 3

E 124 ☐ (1)

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO POR MORTE

Regulamento 1408/71: artigo 65º
Regulamento 574/72: artigo 78º

1 O abaixo assinado

1.1 Apelido (1a)
.....

1.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

1.3 Número de identificação (2) (2a) : .....

1.4 Instituição em que está segurado (2) (3): .....
.....

1.5 Parentesco com a pessoa falecida: .....

1.6 Endereço (4): .....
.....

2 Solicita a concessão de um subsídio por motivo da morte de (5)

3
☐ trabalhador assalariado
☐ trabalhador não assalariado
☐ familiar
☐ titular de pensão ou de renda
☐ requerente de pensão ou de renda

3.1 Apelido (1a)
.....

3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (1a) ..... Data de nascimento .....

3.3 Número de identificação (2) (2a): .....

3.4 Data da morte: .....

3.5 Causa da morte
☐ doença ☐ acidente ☐ acidente de trabalho
☐ doença profissional
☐ outras causas

3.6 Instituição em que a pessoa falecida estava segurada (2) (3): .....
.....

4 O requerente do subsídio ☐ estava ☐ não estava a cargo da pessoa falecida

5 A pessoa falecida ☐ estava ☐ não estava a cargo do requerente do subsídio

6 A pessoa falecida ☐ estava ☐ não estava internada mediante pagamento
☐ pelo requerente do subsídio
☐ em estabelecimento do qual o requerente do subsídio é director, elemento do pessoal ou utente (7)

7 O requerente do subsídio ☐ é ☐ não é proprietário de agência funerária, representante ou mandatário do dito proprietário (7) (8)

8 As despesas de funeral elevam-se a (9) ..... e foram pagas por .....

9 Em anexo, encontram-se os seguintes documentos: .....
.....
.....
.....

10 Queiram pagar a quantia devida na minha conta nº .....
junto do ..... em ..... (10)

11 Data: .....

11.1 Assinatura
.....

▼B

E 124

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizado apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

Indicações para o requerente

a) Para beneficiar do subsídio de morte, deve apresentar um requerimento mediante o presente formulário:

— quer à instituição de seguro competente;

— quer à instituição de seguro do local onde se encontra, ou seja:

na **Bélgica,** *a mutualidade escolhida;*

na **Dinamarca,** *o «Sundhedsministeret» (Ministério da Saúde), em Copenhaga;*

na **Alemanha,** *a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caixa local de doença);*

na **Grécia,** *a delegação local do Instituto de Seguros Sociais (IKA);*

em **Espanha,** *a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional de Segurança Social) do lugar de residência;*

em **França,** *a instituição que concede ou concederia as prestações em espécie do seguro de doença;*

na **Irlanda,** *o «Department of Social Welfare» (Ministério da Previdência Social), em Dublim;*

na **Itália,** *a sede provincial do INAIL;*

no **Luxemburgo,** *a «Union des caisses de maladie» (União das Caixas de Doença);*

em **Portugal,** *para o* **Continente:** *o Centro Regional de Segurança Social do lugar de residência; para a* **Madeira:** *a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; para os* **Açores:** *a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;*

na **Áustria,** *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;*

na **Finlândia,** *o «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social), Helsínquia, Serviços Locais, PO Box 00601 Helsínquia;*

na **Islândia,** *o «Tryggingastofun rikisis» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

no **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia nacional), em Vaduz;*

na **Noruega,** *o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de residência ou de estada;*

na **Suécia,** *o «försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social) do lugar de residência ou de estada.*

b) Deve juntar ao seu requerimento os seguintes documentos:

para a **Bélgica,**	*uma certidão de registo de óbito, passado pela administração comunal, os recibos das despesas de funeral; qualquer documento comprovativo do grau de parentesco ou afinidade com a pessoa falecida ou, se for o caso, da coabitação com a mesma;*
para a **Dinamarca,**	*a certidão de óbito;* *por favor leia atentamente as «veiledning om ansøgning for begravelseshjalp» (instruções para o requerimento do subsídio por morte) que receberá posteriormente;*
para a **Alemanha,**	*a certidão de óbito;*
para a **Grécia,**	*a certidão de óbito, o livrete de saúde, os cartões de seguros; se for necessário, os recibos das despesas de funeral;*
para a **Espanha,**	*— a certidão de óbito,* *— o documento comprovativo do grau de parentesco ou os recibos das despesas de funeral se o requerente não tiver qualquer relação de parentesco com o falecido;*
para a **França,**	*— em todos os casos, o «boletim de óbito» do segurado;* *— além disso, conforme o caso,* *— se era marido ou mulher do segurado, a «ficha familiar» do estado civil,* *— se é descendente (filho, filha, neto, etc.), a «ficha individual» do estado civil estabelecendo o vínculo de parentesco consigo,* *— se é ascendente (pai, mãe, avô, etc.), a «ficha invididual» do estado civil da pessoa falecida,* *— se estava a cargo da mesma, a outro título, uma declaração por sua hona indicando que estava a cargo total, efectivo e permanente da pessoa falecida;*
para a **Irlanda,**	*a certidão de óbito:* *se for o caso, a certidão de casamento;* *o orçamento ou as facturas das despesas de funeral ou o recibo dessas despesas, se tiverem sido pagas por si;*
para a **Itália,**	*a certidão de óbito;* *o documento de inscrição;* *declaração de situação familiar, se for o caso;*

▼B

E 124

para o **Luxemburgo,**	*a certidão de óbito;* *os recibos das despesas de funeral;* *se for o caso, certificado da administração comunal, atestando a comunhão de habitação;*
para **Portugal,**	*— em qualquer caso, a certidão de óbito e os recibos relativos às despesas de funeral;* *— além disso, conforme o caso,* *— se era cônjuge do falecido ou seu descendente, a sua certidão de nascimento completa;* *— se era ascendente a cargo do falecido, um atestado de rendimentos;*
para a **Áustria,**	*a certidão de óbito;* *os recibos das despesas de funeral;*
para a **Finlândia,**	*a certidão de óbito;* *documentos que provem a relação de parenresco com o falecido;* *se o requerente for proprietário de agência funerária, uma procuração da pessoa que tem direito à prestação;*
para o **Liechtenstein,**	*a certidão de óbito;* *um atestado sobre a causa da morte;* *os recibos das despesas de funeral;*
para a **Noruega,**	*a certidão de óbito;*
para a **Suécia,**	*a certidão de óbito;* *um atestado sobre a causa da morte.*

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(1a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(2) A indicar somente quando se tratar de um trabalhador ou de um titular (ou requerente) de pensão ou de renda.

(2a) Tratando-se de um titular ou de um requerente de pensão ou de renda de nacionalidade espanhola, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «Não tem».

(2b) Para uso das instituições finlandesas, indicar o número de registo da população (de identidade), se o requerente for uma pessoa singular.

(3) Indicar a designação e o endereço.

(4) Rua, número, código postal, localidade, país.

(5) Para uso das instituições portuguesas, preencher a folha intercalar.

(6) Para que o subsídio por morte possa ser pedido ao abrigo das legislações do Liechtenstein e da Suécia, a causa da morte deve ter sido «acidente de trabalho» ou «doença profissional».

(7) A completar quando o subsídio for pedido ao abrigo da legislação belga, se o requerente do subsídio não for o cônjuge, ou parente, ou afim até ao 3º grau da pessoa falecida.

(8) Nos termos da legislação finlandesa, se o requerente for proprietário de agência funerária, deve ser enviada uma procuração da pessoa que tem direito à prestação.

(9) A indicar na moeda do país de residência do requerente do subsídio.

(10) Não se aplica às instituições irlandesas.

▼B

E 124 intercalar

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA USO DAS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS

1 Cônjuge

1.1 Estado civil

☐ Viúvo/viúva ☐ Casado(a) novamente ☐ Divorciado(a)

1.2 À data da morte vivia em comunhão de mesa e habitação e a cargo do(a) falecido(a)?

☐ Sim ☐ Não

2 Filhos com direito a abono de família

	Apelido	Nomes próprios	Grau de parentesco	Data de nascimento	Grau de ensino	Filho deficiente
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» na página 3

E 125 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DAS DESPESAS EFECTIVAS

Regulamento 1408/71: artigo 36º 1 e 2; artigo 63º 1; artigo 87º 1
Regulamento 574/72: artigo 93º 1, 2, 4 e 5; artigo 105º 1

Preencher um formulário por beneficiário

1 Factura nº ..... (2) ☐ 1º semestre ☐ 2º semestre do exercício 19.....

2 Instituição competente destinatária

2.1 Designação: ..... Nº de código (2a): .....
2.2 Endereço (3): .....
.....

3 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados) ☐ Outro (4)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

3.1 Apelido (4a)
.....
3.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (4a) ..... Data de nascimento .....
3.3 Endereço (3): .....
.....
3.4 Endereço (3) no país competente: .....
.....
3.5 Número de identificação (4a): .....

4 Familiar (5)

4.1 Apelido (4a)
.....
4.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (4a) ..... Data de nascimento .....

5 A pessoa indicada ☐ no quadro 3 ☐ no quadro 4 beneficiou das prestações
ao abrigo do artigo seguinte do Regulamento 1408/71

5.1 ☐ 19º 1, 2 ☐ 22º 1a e 3 ☐ 22º 1b e 3 ☐ 22º 1c e 3
☐ 25º 1, 3, 4 ☐ 26º ☐ 29º 1 ☐ 31º
☐ 52º (5a) ☐ 55º 1 (5a)

com base nos formulários seguintes que nos foram enviados:

5.2 ☐ formulário E ..... de ..... ☐ formulário E 117 de .....
Válido de ..... a .....

5.3 A pessoa indicada ☐ no quadro 3 ☐ no quadro 4

foi submetida à peritagem médica solicitada a .....

▼B

E 125

6	Despesas efectuadas		6.1 Montante (6)
6.2	**Por prestações em espécie concedidas**	de ..... a	.....
6.3	Cuidados médicos		.....
6.4	Cuidados dentários		.....
6.5	Medicamentos		.....
6.6	Hospitalização	de ..... a	.....
		de ..... a	.....
6.7	Outras prestações (7)		
	.....		.....
6.8	**Total das prestações em espécie**		.....
6.9	**Inspecções médicas** (8)		
	.....		.....
6.10	**Por prestações pecuniárias concedidas**	de ..... a	.....
6.11	TOTAL DAS DESPESAS		.....

7	Instituição credora		
7.1	Designação:	Nº de código (9):	
7.2	Endereço (3):		
	.....		
7.3	Carimbo		
		7.4 Data:	
		7.5 Assinatura	
		.....	

8	Reservado à instituição do país competente

▼B

E 125

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) A indicar, se a informação for necessária à instituição credora.

(2a) A completar se for conhecido.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(4) Indicar aqui se se trata de um trabalhador fronteiriço, de um desempregado, de um trabalhador sazonal, de um requerente de pensão ou de renda ou de outra situação.

(4a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(4b) Para os nacionais espanhóis, titulares ou requerentes de pensão ou renda, indicar o número que figura no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «Não tem». Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

(5) A indicar somente quando a factura disser respeito a um familiar do segurado.

(5a) Para uso das instituições dinamarquesas, indicar, se possível, o nome da entidade patronal quando as prestações são recebidas ao abrigo do artigo 52º ou do artigo 55º, nº 1.

Nome da entidade patronal: .....

Endereço: .....

.....

(6) Indicar o montante na moeda nacional.

(7) Indicar a natureza das prestações: cuidados de parto, próteses dentárias, próteses ortopédicas, cura termal, ambulância, meios auxiliares de diagnóstico, etc.

(8) Indicar a natureza das inspecções médicas ou das peritagens médicas efectuadas.

(9) A completar se o possuir.

▼B

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 3

E 126 ☐ (1)

TARIFAS PARA O REEMBOLSO DAS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento 1408/71: artigo 22º 1.a.i; artigo 22º 3; artigo 31º a
Regulamento 574/72: artigo 34º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição à qual competiria conceder as prestações ao interessado no país de estada, quer directamente, quer por intermédio do organismo de ligação. A instituição do lugar de estada, depois de ter preenchido a parte B do formulário, devolve um exemplar à instituição competente.

A. Pedido

1 Instituição destinatária (2)

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (3): .....

.....

.....

2 ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

2.1 Apelido (3a)

.....

2.2 Nomes próprios ..... Apelidos anteriores (3a) ..... Data de nascimento .....

2.3 ☐ Esta pessoa está abrangida por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72

2.4 Número de identificação: .....

3 Familiares que receberam assistência

	3.1 Apelido (3a)	Nomes próprios	Apelidos anteriores	Data de nascimento
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 O interessado acima mencionado
4.1 durante uma estada ..... (país)
4.2 em ..... (localidade)
4.3 pagou as prestações de que teve necessidade
4.4 O interessado é ☐ viúvo ☐ inválido (4)
4.5 e dispõe dum rendimento de ..... (4)

5 Solicitamos a indicação, nas facturas anexas, relativamente a cada prestação que nas mesmas consta, do montante que lhe poderia ser reembolsado segundo as tabelas aplicadas pela instituição do lugar de estada. Somente para o Luxemburgo, indicar igualmente o montante a suportar pelo interessado.

6 Anexos ..... facturas

7 Instituição competente

7.1 Designação: ..... Nº de código (4a): .....
7.2 Endereço (3): .....
.....
7.3 Carimbo
7.4 Data: .....
7.5 Assinatura
.....

B. Resposta

8 Em anexo, ... facturas com a indicação das tarifas, conforme vosso pedido.

9 ☐ Montante a reembolsar (5): ..... ☐ Não há lugar a reembolso

10 Observações: .....
.....
.....
.....

11 Instituição do lugar de estada

11.1 Designação: .....
11.2 Endereço (3): .....
.....
11.3 Carimbo
11.4 Data: .....
11.5 Assinatura
.....

▼B

E 126

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

* EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

(2) Se a instituição à qual competiria conceder as prestações em espécie não for conhecida, o formulário pode ser dirigido ao organismo de ligação do país de estada, ou seja:

— *na* **Bélgica,** *o «Institut national d'assurance maladie-invalidité» (INAMI) (Instituto Nacional de Seguro de Doença e Invalidez), Bruxelas;*

— *na* **Dinamarca,** *o «Sundhedsministeriet» (Ministério da Saúde), Copenhaga;*

— *na* **Alemanha,** *o AOK-Bundesverband (Federação Nacional das Caixas Locais de Doença), Bona;*

— *na* **Grécia,** *a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA); quando se trata dum marítimo, a Caixa de reforma dos marítimos (NAT);*

— *em* **Espanha,** *o «Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Instituto Nacional da Segurança Social), em Madrid;*

— *em* **França,** *o «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Centro de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes), Paris;*

— *na* **Irlanda,** *o «Department of Health» (Ministério da Saúde), Dublim;*

— *na* **Itália,** *o «Ministero della sanità» (Ministério da Saúde), Roma;*

— *no* **Luxemburgo,** *a «Union des caisses de maladie» (União das Caixas de Doença), Luxemburgo;*

— *nos* **Países Baixos,** *o «ANOZ Verzekeringen», Utrecht;*

— *em* **Portugal,** *o Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social, em Lisboa;*

— *na* **Áustria,** *a «Hauptverband der Österreichische Socialversicherungsträger» (Associação das Instituições Austríacas de Seguro Social), Viena;*

— *na* **Finlândia,** *a «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro social), Helsínquia;*

— *na* **Islândia,** *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*

— *no* **Liechtenstein,** *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*

— *na* **Noruega,** *a «Rikstrygdeverket» (Administração Nacional do Seguro), Oslo;*

— *na* **Suécia,** *o «Riksförsäkringsverket» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Estocolmo;*

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(3a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(4) A preencher somente se o pedido for dirigido a uma instituição belga.

(4a) A completar se o possuir.

(5) Indicar o montante total.

▼M2

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social EEE (*)

Ver « Instruções » na página 3

E 127 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DOS MONTANTES FIXOS MENSAIS

Regulamento (CEE) nº 1408/71: n.os 1 e 2 do artigo 36º
Regulamento (CEE) nº 574/72: artigo 94º; artigo 95º

1.

Relação nº ..... do ano 19 ..... (2)

2. Instituição competente

2.1. Designação: ..... Nº de código (4): .....
2.2. Endereço (3): .....
.....

3. O direito às prestações em espécie está aberto pelo
☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)

3.1. Apelido (5)
.....
3.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (5) ..... Data de nascimento .....
3.3. Número de identificação atribuído pela instituição competente (6):

4. A presente relação individual diz respeito:

4.1. ☐ à família do trabalhador mencionado no quadro 3 e residente no seguinte endereço (3) .....
.....
4.2. ☐ ao titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3 e residente no seguinte endereço (3) .....
.....
4.3. ☐ ao membro da família, abaixo mencionado, do titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3:
4.3.1. Apelido (5)
.....
4.3.2. Nomes próprios ..... Apelidos de solteira (5) ..... Data de nascimento .....
4.3.3. Endereço (3): .....
.....
4.3.4. Número de identificação atribuído pela instituição competente (6): .....

▼M2

E 127

5. O direito da(s) pessoa(s) referida(s) em ☐ 4.1. ☐ 4.2. ☐ 4.3. foi atestado pelo vosso formulário
E ..... de .....

6. Pelo período duante o qual este direito existiu
(de ..... até .....)

6.1. O número de montantes fixos mensais
☐ por família (de trabalhador) ☐ por membro da família ☐ *per capita*
é de .....

7. Instituição do lugar de residência

7.1. Designação: ..... Nº de código (7): .....

7.2. Endereço (3): .....
.....

7.3. Carimbo

7.4. Data: .....

7.5. Assinatura:
.....

8. Reservado à instituição competente

▼M2

E 127

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, em 3 exemplares, utilizando somente as linhas pontilhadas. Deverá ser preenchido um formulário por cada titular de pensão ou de renda e por cada membro da família de um titular de pensão ou de renda.

O presente formulário é emitido por um ano civil pela instituição do lugar de residência. Esta envia-o à instituição competente por intermédio do organismo designado para a aplicação do nº 2 do artigo 102º, do Regulamento (CEE) nº 574/72.

NOTAS

(*) Acordo EEE sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaine e na Noruega.

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; A = Áustria; P = Portugal; FIN = Finlândia; S = Suécia; GB = Reino Unido; IS = Islândia; FL = Listenstaine; N = Noruega

(2) O ano a indicar é aquele em que as prestações tiverem sido concedidas.

(3) Rua, número, código postal, localidade, país.

(4) A completar se conhecido.

(5) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

(6) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o « codice fiscale ».

(7) A completar se o possuir.