ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 166

της 2ας Οκτωβρίου 1997

για την τροποποίηση των εντύπων Ε 106 και Ε 109

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(98/441/ΕΚ)

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

Έχοντας υπόψη:

το άρθρο 81 στοιχείο α) του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, σχετικά με την εφαρμογή συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης σε απασχολούμενα άτομα, αυτοαπασχολούμενα άτομα και μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται μέσα στην Κοινότητα, σύμφωνα με το οποίο είναι καθήκον της Επιτροπής να χειρίζεται όλα τα διοικητικά θέματα που προκύπτουν από τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και τους επόμενους κανονισμούς,

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

την απόφαση αριθ. 153, της 7ης Οκτωβρίου 1993, σχετικά με τα υποδείγματα εντύπων, που απαιτούνται κατ' εφαρμογή των κανονισμών (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου (Ε 001, Ε 103 έως Ε 127),

Εκτιμώντας:

ότι ο κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 3095/95 του Συμβουλίου, της 22ας Δεκεμβρίου 1995, τροποποίησε το άρθρο 17 παράγραφος 2 και το άρθρο 30 παράγραφος 1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, περιορίζοντας σε ένα χρόνο την περίοδο ισχύος των εντύπων Ε 106 και Ε 109 που εκδίδονται από τους γερμανικούς, ιταλικούς ή πορτογαλικούς φορείς·

ότι θα πρέπει, επομένως, να προσαρμοστούν τα έντυπα Ε 106 και Ε 109·

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

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

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

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

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ:

1. Τα υποδείγματα των εντύπων Ε 106 και Ε 109 που έχουν αναπαραχθεί στην απόφαση αριθ. 153 της 7ης Οκτωβρίου 1993 αντικαθίστανται από τα υποδείγματα που επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση.

2. Οι αρμόδιες αρχές των κρατών μελών θέτουν στη διάθεση των ενδιαφερομένων (δικαιούχων, ιδρυμάτων, εργοδοτών κ.λπ.) τα έντυπα σύμφωνα με τα συνημμένα υποδείγματα. Εντούτοις, η εισαγωγή νέων υποδειγμάτων εντύπων δεν επηρεάζει την εγκυρότητα των υφιστάμενων υποδειγμάτων.

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

4. Η απόφαση αυτή δημοσιεύεται στην *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων* και τίθεται σε εφαρμογή από την 1η Ιανουαρίου 1998.

Georges SCHROEDER

Ο πρόεδρος της διοικητικής επιτροπής

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 3

Ε 106 ☐ (1)

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

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

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

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

A. **Γνωστοποίηση του δικαιώματος**

1. Φορέας τόπου κατοικίας (2)

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

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

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

3. Μέλος οικογένειας (4)

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

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

6. Οι ενδιαφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμά τους

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

7. Αρμόδιος φορέας για ασθένεια-μητρότητα

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

7.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:

.....

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

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

8.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

8.3. Σφραγίδα

8.4. Ημερομηνία: .....

8.5. Υπογραφή:

.....

Β. **Κοινοποίηση εγγραφής** ([9])

9.

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

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

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

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

.....

10. Εγγεγραμμένα μέλη της οικογένειας

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

11. Φορέας του τόπου κατοικίας

11.1. Επωνυμία: .....

11.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

11.3. Σφραγίδα

11.4. Ημερομηνία: .....

11.5. Υπογραφή:

.....

E 106

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

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

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

γ) Οι φορείς ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας είναι:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

(2α) Να συμπληρωθεί εφόσον είναι γνωστός.

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

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

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

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

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

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

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

(7α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(8) Συμπληρώνεται από τους γαλλικούς φορείς μη μισθωτών.

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

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

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

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΧ (*)

Βλέπε οδηγίες στη σελίδα 3

E 109 ☐ (1)

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

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

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

A. **Γνωστοποίηση του δικαιώματος**

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

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

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

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

3. Μέλος οικογένειας (4)

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

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

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

6. και το δικαίωμα εξακολουθεί να υπάρχει

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

7. Αρμόδιος φορέας

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

7.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

7.3. Σφραγίδα

7.4. Ημερομηνία: .....

7.5. Υπογραφή:

.....

Β. **Γνωστοποίηση εγγραφής** ([8])

8. ☐ ([9])

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

8.2. ☐ κανένα μέλος της οικογένειας δεν δικαιούται τέτοιες παροχές

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

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

8.5. ☐ η απαιτούμενη βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης δεν υποβλήθηκε

8.6. ☐ ([11]) .....

9. ☐ ([9])

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

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

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

10. Φορέας του τόπου κατοικίας

10.1. Επωνυμία: .....

10.2. Διεύθυνση ([3]): .....

.....

10.3. Σφραγίδα

10.4. Ημερομηνία: .....

10.5. Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

(4) Συμπληρώνεται μόνο για ένα μέλος της οικογένειας.

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

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

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

(7α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

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

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

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

(11) Άλλοι λόγοι.