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

►**B**

ΑΠΌΦΑΣΗ αριθ. 153

της 7ης Οκτωβρίου 1993

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

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(94/604/ΕΚ)

(ΕΕ L 244 της 19.9.1994, σ. 22)

Τροποποιείται από:

		Επίσημη Εφημερίδα		
		αριθ.	σελίδα	ημερομηνία
►**M1**	Απόφαση αριθ. 166 98/441/ΕΚ, της 2ας Οκτωβρίου 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	Τροποποιείται από Απόφαση αριθ. 202 2006/203/ΕΚ, της 17ης Μαρτίου 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Απόφαση αριθ. 168 98/443/ΕΚ, της 11ης Ιουνίου 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	Τροποποιείται από Απόφαση αριθ. 202 2006/203/ΕΚ, της 17ης Μαρτίου 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Απόφαση αριθ. 179 2002/154/ΕΚ, της 18ης Απριλίου 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	Τροποποιείται από Απόφαση αριθ. 187 2003/251/ΕΚ, της 27ης Ιουνίου 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	Τροποποιείται από Απόφαση αριθ. 202 2006/203/ΕΚ, της 17ης Μαρτίου 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Απόφαση αριθ. 185 2003/148/ΕΚ, της 27ης Ιουνίου 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	Τροποποιείται από Απόφαση αριθ. 202 2006/203/ΕΚ, της 17ης Μαρτίου 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Απόφαση αριθ. 198 2004/562/ΕΚ, της 23ης Μαρτίου 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Απόφαση αριθ. 202 2006/203/ΕΚ, της 17ης Μαρτίου 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

ΑΠΌΦΑΣΗ αριθ. 153

της 7ης Οκτωβρίου 1993

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

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(94/604/ΕΚ)

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

Έχοντας υπόψη:

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

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

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

Εκτιμώντας:

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

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

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

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

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

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

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ:

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

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

▼B

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

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

Η πρόεδρος της διοικητικής επιτροπής

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Κατάλογος των εντύπων

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

E 103 — Άσκηση του δικαιώματος επιλογής

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

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

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

E 107 — Αίτηση για βεβαίωση δικαιώματος παροχών σε είδος

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

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

E 110 — Βεβαίωση για μισθωτούς εργαζομένους σε διεθνείς μεταφορές

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

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

E 113 — Νοσηλεία: Γνωστοποίηση εισαγωγής και εξόδου

E 114 — Χορήγηση παροχών σε είδος μεγάλης σημασίας

E 115 — Αίτηση για χρηματικές παροχές λόγω ανικανότητας προς εργασία

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

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

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

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

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

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

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

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

E 124 — Αίτηση επιδόματος θανάτου

E 125 — Ατομική κατάσταση πραγματικών δαπανών

E 126 — Τιμολόγηση για απόδοση δαπάνης παροχών σε είδος

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

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 001 ☐ (1)

☐ **Αίτημα για πληροφορίες**
☐ **Κοινοποίηση πληροφοριών**
☐ **Αίτημα για έντυπα**
☐ **Υπόμνηση**

σχετικά με

☐ **εργαζόμενο μισθωτό**
☐ **εργαζόμενο μη μισθωτό**
☐ **μεθοριακό εργαζόμενο**
☐ **συνταξιούχο**
☐ **αιτούντα σύνταξη**
☐ **άνεργο**
☐ **μέλος οικογένειας**

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

Ο φορέας αποστολής συμπληρώνει το μέρος Α και στέλνει δύο αντίγραφα του εντύπου στο φορέα προορισμού. Ο τελευταίος συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίγραφο στο φορέα αποστολής.
Το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται ως συμπλήρωμα άλλων εντύπων ή ως βάση ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ φορέων, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται ήδη στα έντυπα, τα οποία όμως δεν υποκαθιστά σε καμία περίπτωση.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες, καμία από τις οποίες δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Μέρος Α

1. Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....

2. Πληροφορίες που αφορούν τον ασφαλισμένο (2)

2.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
2.2 Όνομα(-τα) (4): .....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....

2.4 Φύλο (5): .....

3. Υπηκοότητα (6): .....

4. Στοιχεία γέννησης

4.1 Ημερομηνία γέννησης (7): .....
4.2 Τόπος γέννησης (8): .....
4.3 Νομός ή επαρχία (9): .....
4.4 Χώρα (10): .....

5. Αριθμός μητρώου ασφάλισης (11)

5.1 στο φορέα αποστολής: .....
5.2 στο φορέα προορισμού: .....

6. Διεύθυνση: .....
.....

7. Πληροφορίες που αφορούν το φάκελο

7.1 Είδος παροχής:
.....
7.2 Αριθμός φακέλου στο φορέα αποστολής:
.....
7.3 Αριθμός φακέλου στο φορέα προορισμού:
.....

▼**M11**

E 001

8. Μέλος οικογένειας (12)

8.1 Επώνυμο(-α) (3): .....

8.2 Όνομα(-τα) (4): .....

8.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....

8.4 Τόπος γέννησης (8) ..... Ημερομηνία γέννησης .....

8.5 Φύλο: ..... Υπηκοότητα(6): .....

8.6 Αριθμός μητρώου ασφάλισης (11): .....

στο φορέα αποστολής: .....

στο φορέα προορισμού: .....

8.7 Διεύθυνση: .....

.....

9. ☐ Αίτημα ☐ Υπόμνηση του αιτήματος με ημερομηνία: .....

Σε σχέση με το πρόσωπο που αναφέρεται στο σημείο ☐ 2 ☐ 8 παρακαλούμε αποστείλατε

9.1 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έντυπο(-α): .....

9.2 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έγγραφο(-α): .....

.....

9.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες: .....

.....

9.4 Λόγος του αιτήματος: .....

10. Μεταβολή της κατάστασης: έχουν επέλθει οι ακόλουθες αλλαγές

.....

.....

.....

.....

11. Διάφορα

.....

.....

.....

.....

12. Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Α

12.1 Επωνυμία: .....

12.2 Κωδικός του φορέα: .....

12.3 Διεύθυνση: .....

.....

12.4 Σφραγίδα

12.5. Ημερομηνία:

.....

12.6. Υπογραφή:

.....

▼**M11**

E 001

Μέρος Β

13.

Απαντώντας στο αίτημά σας της ..... αποστέλλουμε συνημμένο(-α):

13.1 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έντυπο(-α): .....

13.2 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έγγραφο(-α): .....

.....

13.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες: .....

.....

14.

Απαντώντας στο αίτημά σας της .....

σας γνωρίζουμε, ότι είναι, δυστυχώς, αδύνατο να σας αποστείλουμε:

14.1 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έντυπο(-α): .....

14.2 ☐ το (τα) ακόλουθο(-α) έγγραφο(-α): .....

14.3 ☐ τις ακόλουθες πληροφορίες: .....

14.4 ☐ Αιτιολογία: .....

.....

.....

15. Διάφορα

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ Σχετικά με το έντυπο που μας αποστείλατε την .....

βεβαιώνουμε, ότι λάβαμε τις πληροφορίες που αναφέρονται στο σημείο 10

17. Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Β

17.1 Επωνυμία: .....

17.2 Κωδικός του φορέα: .....

17.3 Διεύθυνση: .....

.....

17.4 Σφραγίδα

17.5. Ημερομηνία:

.....

17.6. Υπογραφή:

.....

▼**M11**

E 001

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο, CZ = Τσεχική Δημοκρατία, DK = Δανία, DE = Γερμανία, EE = Εσθονία, GR = Ελλάδα, ES = Ισπανία, FR = Γαλλία, IE = Ιρλανδία, IT = Ιταλία, CY = Κύπρος, LV = Λεττονία, LT = Λιθουανία, LU = Λουξεμβούργο, HU = Ουγγαρία, MT = Μάλτα, NL = Κάτω Χώρες, AT = Αυστρία, PL = Πολωνία, PT = Πορτογαλία, SI = Σλοβενία, SK = Σλοβακία, FI = Φινλανδία, SE = Σουηδία, UK = Ηνωμένο Βασίλειο, IS = Ισλανδία, LI = Λιχτενστάιν, NO = Νορβηγία, CH = Ελβετία.

(2) Οι σειρές 2.1 έως 2.4 που περιέχουν τα στοιχεία ταυτοποίησης του ασφαλισμένου πρέπει να συμπληρώνονται, όπου τούτο είναι αναγκαίο.

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναγράφονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναγράφονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(5) Σημειώσατε «Μ» για άρρενες ή «F» για θήλεα.

(6) Όπου χρειάζεται, αναφέρατε την ημερομηνία πολιτογράφησης.

Για τους ισπανικούς φορείς, σε περίπτωση ισπανών υπηκόων σημειώσατε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI) ή N.I.E. σε περίπτωση αλλοδαπών, εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει. Αλλιώς σημειώσατε «Ουδέν».

(7) Η ημέρα και ο μήνας αναγράφονται με δύο αριθμούς το καθένα και το έτος με τέσσερις αριθμούς (παράδειγμα: 1η Αυγούστου 1921 = 01.08.1921).

(8) Για τις γαλλικές πόλεις που περιλαμβάνουν διάφορα διαμερίσματα, σημειώσατε τον αριθμό του διαμερίσματος (παράδειγμα: «Παρίσι 14»). Στην περίπτωση πορτογαλικών νομαρχιών, σημειώσατε επίσης την ενορία και την αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης.

(9) Η πληροφορία αυτή είναι υποχρεωτική για ασφαλισμένους ισπανικής, γαλλικής ή ιταλικής υπηκοότητας. Αυτή η καταχώριση περιέχει, ανάλογα με τη χώρα, την ένδειξη της εδαφικής διαίρεσης, στην οποία ανήκει ο τόπος γέννησης [π.χ. για τη Γαλλία, εάν ο δήμος γέννησης είναι η Λίλλη, πρέπει να σημειωθεί η νομαρχία γέννησης με την ένδειξη «Nord» (Βορράς), σε συνδυασμό με τον κωδικό αριθμό της νομαρχίας, στην προκειμένη περίπτωση «59», εφόσον τον γνωρίζει ο ασφαλισμένος. Η παρεχόμενη, λοιπόν, πληροφορία θα πρέπει να είναι «Nord 59» (Βορράς 59)]. Για τους γεννηθέντες στην Ισπανία, σημειώσατε μόνον την επαρχία.

(10) Σύμβολο της χώρας γέννησης του ασφαλισμένου, σύμφωνα με τη σημείωση 1.

(11) Για τους ιταλικούς φορείς, συμπληρώσατε τον αριθμό φορολογικού μητρώου.

Για τους φορείς της Μάλτας, συμπληρώσατε τον αριθμό ταυτότητας σε περίπτωση μαλτέζων υπηκόων ή τον αριθμό μαλτέζικης κοινωνικής ασφάλισης σε περίπτωση μη μαλτέζων υπηκόων.

Για τους σλοβακικούς φορείς, συμπληρώσατε το σλοβακικό αριθμό γέννησης, όπου τούτο εφαρμόζεται.

(12) Συμπληρώσατε, όπου είναι αναγκαίο.

▼M11

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 103 [ ] (1)

ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

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

Μετά τη συμπλήρωση του μέρους Α του εντύπου σύμφωνα με τα στοιχεία α) και β) των οδηγιών, ο ασφαλισμένος θα πρέπει να επιδώσει ή να αποστείλει το έντυπο σύμφωνα με τα στοιχεία α) και γ) των οδηγιών. Ο φορέας που λαμβάνει το έντυπο θα πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Β και να επιστρέψει ένα αντίγραφο στον ασφαλισμένο.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα (εις τριπλούν) και μόνον στις διάστικτες γραμμές.
Αποτελείται από 3 σελίδες, καμία από τις οποίες δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Επιλογή

1. Ο/η υπογεγραμμένος/η

1.1 Επώνυμο(-α) (2): .....
1.2 Όνομα(-τα) (3): .....
1.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
1.4 Ημερομηνία γέννησης: ..... 1.5 Υπηκοότητα:
....
1.6 Αριθμός μητρώου ασφάλισης (4): .....

2. Εργαζόμενος από: .....

2.1 (4) [ ] ως: ..... Από τη διπλωματική αποστολή ή προξενείο που καλείται στο εξής:
.....

2.2 (4) [ ] ως: .....
στο ιδιωτικό προσωπικό του ακόλουθου εργοδότη (5): .....
μέλος της διπλωματικής αποστολής ή του προξενείου που καλείται στο εξής: .....
.....

2.3 [ ] ως μέλος του επικουρικού προσωπικού των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

3. Επιλέγει να υπαχθεί στην νομοθεσία κοινωνικής ασφάλειας

3.1 (6) [ ] του κράτους, του οποίου φέρει την υπηκοότητα

3.2 (6) [ ] του κράτους, στην νομοθεσία του οποίου υπαγόταν τελευταία, δηλαδή στη νομοθεσία

[ ] Βελγίου	[ ] Τσεχικής Δημοκρατίας	[ ] Δανίας	[ ] Γερμανίας	[ ] Εσθονίας
[ ] Ελλάδας	[ ] Ισπανίας	[ ] Γαλλίας	[ ] Ιρλανδίας	[ ] Ιταλίας
[ ] Κύπρου	[ ] Λεττονίας	[ ] Λιθουανίας	[ ] Λουξεμβούργου	[ ] Ουγγαρίας
[ ] Μάλτας	[ ] Κάτω Χωρών	[ ] Αυστρίας	[ ] Πολωνίας	[ ] Σλοβενίας
[ ] Πορτογαλίας	[ ] Σλοβακίας	[ ] Φινλανδίας	[ ] Σουηδίας	[ ] Ηνωμένου Βασιλείου
[ ] Ισλανδίας	[ ] Λιχτενστάιν	[ ] Νορβηγίας	[ ] Ελβετίας	

4. Τόπος και ημερομηνία:
.....

5. Υπογραφή:
.....

6. Αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που υπέγραψε τη σύμβαση με το μέλος του επικουρικού προσωπικού

6.1 Επωνυμία: .....
6.2 Διεύθυνση: .....
.....
6.3 Σφραγίδα 6.4 Ημερομηνία .....
6.5 Υπογραφή:
.....

▼M11

E 103

Β. Δήλωση

7. Λάβαμε γνώση του γεγονότος, ότι το πρόσωπο το οποίο αναφέρεται στο πλαίσιο 1 υπάγεται στη νομοθεσία ([6])

☐ Βελγίου	☐ Τσεχικής Δημοκρατίας	☐ Δανίας	☐ Γερμανίας	☐ Εσθονίας
☐ Ελλάδας	☐ Ισπανίας	☐ Γαλλίας	☐ Ιρλανδίας	☐ Ιταλίας
☐ Κύπρου	☐ Λεττονίας	☐ Λιθουανίας	☐ Λουξεμβούργου	☐ Ουγγαρίας
☐ Μάλτας	☐ Κάτω Χωρών	☐ Αυστρίας	☐ Πολωνίας	☐ Σλοβενίας
☐ Πορτογαλίας	☐ Σλοβακίας	☐ Φινλανδίας	☐ Σουηδίας	☐ Ηνωμένου Βασιλείου
☐ Ισλανδίας	☐ Λιχτενστάιν	☐ Νορβηγίας	☐ Ελβετίας	

7.1 από .....

7.2 για την περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας απασχολείται στη θέση που αναφέρεται στο μέρος Α του παρόντος εντύπου ([7])

8. Φορέας που ορίσθηκε από την αρμόδια αρχή

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....

.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:

.....

Για το προσωπικό διπλωματικών αποστολών ή προξενείων και του ιδιωτικού τους οικιακού προσωπικού

α) *Μετά τη συμπλήρωση του μέρους Α του εντύπου, εκτός του πλαισίου 6, θα πρέπει να επιδώσετε ένα αντίγραφο του εντύπου στον εργοδότη σας και να αποστείλετε δύο αντίγραφα στον φορέα που ορίζεται από την αρμόδια αρχή του κράτους, του οποίου τη νομοθεσία έχετε επιλέξει, δηλαδή:*

στο **Βέλγιο,** *στο Office national de sécurité sociale (Εθνική Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλειας), Βρυξέλλες·*

στην **Τσεχική Δημοκρατία,** *στην Česká správa sociálního zabezpečení (Τσεχική Υπηρεσία Κοινωνικής Αφάλισης), Πράγα·*

στη **Δανία,** *στην Den Sociale Sikringsstyrelse (Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης), Κοπεγχάγη·*

στη **Γερμανία,** *στο γραφείο Βόννης της Krankenkasse (ταμείου ασφάλισης ασθένειας) που έχει επιλεγεί από τον ασφαλιζόμενο·*

στην **Εσθονία**, *στο Sotsiaalkindlustusamet (Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης), Ταλλίν·*

στην **Ελλάδα,** ***σ****το Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)·*

στην ***Ισπανία,*** *στο Tesoreria General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Κεντρικό Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης– Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης), Μαδρίτη·*

στην **Γαλλία**, *στην Caisse primaire d'assurance maladie (Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης), Παρίσι·*

στην **Ιρλανδία,** *στο Department of Social and Family Affairs (Υπουργείο Κοινωνικών και Οικογενειακών Υποθέσεων), Δουβλίνο·*

στην ***Ιταλία,*** *στο αρμόδιο τοπικό γραφείο του Istituto nazionale della previdenza sociale INPS (Εθνικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας)·*

στην **Κύπρο**, *στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1465 Λευκωσία·*

στην **Κύπρο**, *στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1465 Λευκωσία·*

στη **Λεττονία,** *στο Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra (Κρατικός Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης)·*

στο **Λουξεμβούργο,** *το Centre commun de la sécurité sociale (Κοινό Κέντρο Κοινωνικής Ασφάλισης), Λουξεμβούργο·*

στη **Λιθουανία**, *στο Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba (Συμβούλιο του Εθνικού Ταμείου Κοινωνικής Ασφάλισης), Βίλνιους·*

στην **Ουγγαρία,** *στο Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Περιφερειακό Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης Πέστης και Πρωτεύουσας), Βουδαπέστη·*

στη **Μάλτα**, *στο Dipartiment tas-Sigurta'Soċjali (Υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλισης), Βαλέττα·*

στις **Κάτω Χώρες,** *στο Sociale Verzekeringsbank (Τράπεζα Κοινωνικής Ασφάλισης), Άμστερνταμ·*

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

στην **Πολωνία,** *στο Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS (Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης), Βαρσοβία·*

στην **Πορτογαλία,** *στο Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social (Τμήμα Διεθνών Σχέσεων και Συμβάσεων Κοινωνικής Ασφάλισης), Λισσαβόνα*

στη **Σλοβενία**, *στην αρμόδια περιφερειακή μονάδα Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Ίδρυμα Υγειονομικής Ασφάλισης Σλοβενίας)·*

στη **Σλοβακία,** *στο Sociálna poisťovňa (Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης), Βρατισλάβα·*

στη **Φινλανδία,** *το Eläketurvakeskus (Φινλανδικό Κέντρο Συντάξεων), Ελσίνκι·*

στη **Σουηδία,** *στο Försäkringskassan, Huvudkontoret (Κεντρικό Γραφείο Υπηρεσίας Σουηδικής Κοινωνικής Ασφάλισης), Στοκχόλμη·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, *στο Inland Revenue Centre for Non-Residents (Κέντρο Εσωτερικών Εσόδων για μη Μόνιμους Κατοίκους), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ·*

στην **Ισλανδία**, *στο Tryggingastofnun ríkisins (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης), Ρέικιαβικ·*

▼**M11**

E 103

στο **Λιχτενστάιν,** *στο Amt für Volkswirtschaf (Υπηρεσία Εθνικής Οικονομίας), Βαντούζ·*

στη **Νορβηγία,** *στο Folketrygdkontoret for utenlandssaker (Εθνικό Γραφείο Ασφάλισης για Κοινωνική Ασφάλιση Εξωτερικού), Όσλο·*

στην **Ελβετία,** *στην Caisse fédérale de compensation (Ομοσπονδιακό Ταμείο Αντισταθμίσεων), Βέρνη.*

Για την αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που είναι εξουσιοδοτημένη με τη σύναψη συμβάσεων απασχόλησης επικουρικού προσωπικού

β) *Όταν ένα πρόσωπο που προσλαμβάνεται ως μέλος του επικουρικού προσωπικού εκφράζει την επιθυμία του να ασκήσει το δικαίωμα επιλογής, η εξουσιοδοτημένη αρχή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα πρέπει να εξασφαλίσει, ότι το πρόσωπο αυτό συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου, με εξαίρεση το πλαίσιο 6, το οποίο θα πρέπει να συμπληρωθεί από την αρχή.*

γ) *Δύο αντίγραφα του εντύπου θα πρέπει να σταλούν στο φορέα που έχει ορισθεί από την αρμόδια αρχή του κράτους μέλους, τη νομοθεσία του οποίου έχει επιλέξει το εν λόγω πρόσωπο [βλέπε α) ανωτέρω].*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

([1]) Σύμβολο της χώρας του φορέα που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

([2]) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

([3]) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

([4]) Για εργαζόμενους που υπάγονται στη βελγική νομοθεσία, συμπληρώσατε τον εθνικό αριθμό καταχώρισης.

Για εργαζόμενους που υπάγονται στην ισπανική νομοθεσία, συμπληρώσατε τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης.

Για εργαζόμενους που υπάγονται στη νομοθεσία της Μάλτας, συμπληρώσατε τον αριθμό δελτίου ταυτότητας στην περίπτωση υπηκόου της Μάλτας ή τον αριθμό της μαλτέζικης κοινωνικής ασφάλισης στην περίπτωση μη υπηκόου της Μάλτας.

Για εργαζόμενους που υπάγονται στη σλοβακική νομοθεσία, συμπληρώσατε το σλοβακικό αριθμό γέννησης, όπου τούτο εφαρμόζεται.

Για εργαζόμενους που υπάγονται στην πολωνική νομοθεσία, συμπληρώσατε τους αριθμούς PESEL και NIP ή, στην περίπτωση που δεν διαθέτετε τέτοιον αριθμό, τη σειρά και τον αριθμό του δελτίου ταυτότητας ή του διαβατηρίου.

([5]) Αναφέρατε τα επώνυμα και ονόματα του εργοδότη.

([6]) Σημειώσατε σταυρό στο τετράγωνο που προηγείται της ενδεδειγμένης χώρας. Επισημαίνουμε ότι τα πρόσωπα που απασχολούνται σε διπλωματικές αποστολές ή προξενεία και τα μέλη του ιδιωτικού οικιακού προσωπικού υπαλλήλων αυτών των αποστολών ή προξενείων δύνανται να επιλέξουν μόνον τη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλειας της χώρας της οποίας φέρουν την υπηκοότητα.

([7]) Το δικαίωμα επιλογής εργαζομένων που απασχολούνται σε διπλωματικές αποστολές ή προξενεία και των μελών του ιδιωτικού οικιακού προσωπικού υπαλλήλων αυτών των αποστολών ή προξενείων δύναται να ασκείται στο τέλος κάθε ημερολογιακού έτους.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 104 [ ] (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ή ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Ασθένεια– μητρότητα – θάνατος (επίδομα) – αναπηρία

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

Ο αρμόδιος φορέας πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Α του εντύπου και να στείλει δύο αντίγραφα στο φορέα του κράτους μέλους, στη νομοθεσία του οποίου υπήχθη τελευταία ο ενδιαφερόμενος. Ο τελευταίος αυτός φορέας θα πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Β και να επιστρέψει το έντυπο στο φορέα, από τον οποίο το έλαβε. Εάν το έντυπο έχει συνταχθεί ύστερα από αίτημα του ενδιαφερόμενου, ο φορέας που εκδίδει το έντυπο θα πρέπει να συμπληρώσει τα μέρη Α.2 και Β και να δώσει ή να αποστείλει το έντυπο στον ενδιαφερόμενο.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, καμία από τις οποίες δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Μέρος Α

1. Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....

2. Ασφαλισμένος

2.1 Επώνυμο(-α) (2):
.....
2.2 Όνομα(-τα) (3): Ημερομηνία γέννησης:
....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): ....
2.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....
2.5 Από την ημερομηνία που αναφέρεται στο 3.1, ο ασφαλισμένος ασκεί μία δραστηριότητα ως:
☐ Μισθωτός ☐ Αυτοτελώς απασχολούμενος σε (4) .....
2.6 ☐ Όνομα του τελευταίου εργοδότη
☐ Τελευταία δραστηριότητα ως αυτοτελώς απασχολούμενος
.....
Διεύθυνση: .....
.....
2.7 ☐ Προηγούμενοι εργοδότες: ☐ Προηγούμενες δραστηριότητες ως αυτοτελώς απασχολούμενος:
[επωνυμία και διεύθυνση] .....
....
....
....
....
....

3. Για την επεξεργασία αιτήματος που υποβλήθηκε από τον ασφαλισμένο που αναφέρεται ανωτέρω, παρακαλούμε αναφέρατε τις περιόδους ασφάλισης, απασχόλησης ή κατοικίας που έχει συμπληρώσει ο εν λόγω ασφαλισμένος

3.1 από .....
3.2 βάσει της νομοθεσίας της χώρας σας, για τον ακόλουθο κίνδυνο:
☐ ασθένεια και μητρότητα (5) ☐ θάνατος (επίδομα) ☐ αναπηρία (6)

▼**M11**

E 104

4. Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία: .....

4.2 Κωδικός του φορέα: .....

4.3 Διεύθυνση: .....

.....

4.4 Σφραγίδα

4.5. Ημερομηνία: .....

4.6. Υπογραφή:

.....

Μέρος Β

5. Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2

5.1 ☐ ήταν ασφαλισμένο έναντι του κινδύνου της ασθένειας - μητρότητας από την ημερομηνία που αναφέρεται στο 3.1 ([7])

5.2 ☐ έχει συμπληρώσει από .....

6. τις ακόλουθες περιόδους ασφάλισης ή απασχόλησης για τις ακόλουθες παροχές: ☐ ([5])

6.1	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.2	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.3	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.4	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.5	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.6	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.7	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.8	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.9	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
6.10	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])

7. τις ακόλουθες περιόδους κατοικίας:

7.1	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.2	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.3	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.4	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.5	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.6	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.7	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.8	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.9	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])
7.10	από	έως	([8])	έναντι ([9]) του κινδύνου	☐	([10])

8. Φορέας που συμπληρώνει το μέρος Β

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα:

.....

8.3 Διεύθυνση: .....

.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:

.....

▼M11

E 104

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει πρώτος το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Αναφέρατε το κράτος.

(5) Μόνον εάν το έντυπο απευθύνεται σε φορέα του Βελγίου, της Γαλλίας, της Ελλάδας, του Λιχτενστάιν ή της Ελβετίας, αναφέρατε τον καλυπτόμενο κίνδυνο, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: N = παροχές σε είδος, E = παροχές σε χρήμα.

(6) Για τις περιπτώσεις των γαλλικών και λεττονικών φορέων.

(7) Συμπληρώσατε, μόνον εάν ο αρμόδιος φορέας είναι βελγικός.

(8) Εάν η βεβαίωση προορίζεται για φορέα του Βελγίου, της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Ελλάδας, της Λεττονίας, της Λιθουανίας, της Πολωνίας ή του Λιχτενστάιν, αναφέρατε, κατά πόσον οι περίοδοι δραστηριότητας είχαν διανυθεί με την ιδιότητα του μισθωτού ή του αυτοτελώς απασχολούμενου, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: D = μισθωτός· I = αυτοτελώς απασχολούμενος.
Εάν η βεβαίωση προορίζεται για γερμανικό, λιθουανικό, λουξεμβουργιανό ή πολωνικό φορέα, αναφέρατε τις περιόδους ασφάλισης στο πλαίσιο 6, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς: P = υποχρεωτική ασφάλιση· F = προαιρετική ασφάλιση.

(9) Αναφέρατε τον καλυπτόμενο κίνδυνο, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους κωδικούς:

A = ασθένεια και μητρότητα· B = θάνατος (επίδομα)· O = αναπηρία.

(10) Εάν ο αρμόδιος φορέας είναι κυπριακός, γερμανικός, ιρλανδικός, ουγγρικός, αυστριακός ή βρετανικός, σημειώσατε σταυρό στο τετράγωνο αυτό, οσάκις η περίοδος ασφάλισης ή η περίοδος κατοικίας αντιστοιχεί σε περίοδο πραγματικής απασχόλησης και αναφέρατε τον τύπο της απασχόλησης ή της αυτοτελούς δραστηριότητας.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Ε 106 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΝ ΣΕ ΧΩΡΑ ΑΛΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΧΩΡΑ

Μισθωτοί και μη μισθωτοί και μέλη της οικογένειάς τους που κατοικούν μαζί τους· μέλη της οικογένειας ανέργων

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α)· άρθρο 19.2· άρθρο 25.3.i)
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1 και 4· άρθρο 27 (πρώτο εδάφιο)

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και αποστέλλει δύο αντίγραφα στον ασφαλισμένο ή τα διαβιβάζει –εφόσον είναι απαραίτητο μέσω του Οργανισμού Σύνδεσης– στο φορέα του τόπου κατοικίας, εάν το έντυπο έχει εκδοθεί ύστερα από αίτημα του φορέα αυτού. Ο φορέας του τόπου κατοικίας, αμέσως μόλις λάβει τα δύο αντίγραφα, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίγραφο στον αρμόδιο φορέα.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση του δικαιώματος

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
1.4 Σχετικό: το έντυπό σας Ε 107 της .....

2. Ασφαλισμένος

2.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
2.2 Όνομα(-τα) (4): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
2.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....
.....
2.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....
2.6 Ο ασφαλισμένος ☐ ιείναι μισθωτός
2.7 Ο ασφαλισμένος ☐ ιείναι αυτοτελώς απασχολούμενος
2.8 Ο ασφαλισμένος ☐ είναι μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
2.9 Ο ασφαλισμένος ☐ είναι μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
2.10 Ο ασφαλισμένος ☐ είναι άνεργος

3. Μέλος οικογένειας (5)

3.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
3.2 Όνομα(-τα) (4): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
3.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
3.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....
.....
3.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....

4.1 ☐ Ο ανωτέρω ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειας (6) που κατοικούν μαζί του
4.2 ☐ Τα μέλη της οικογένειας (6) του ανωτέρω ανέργου

5. δικαιούνται παροχές ασθενείας και μητρότητας σε είδος
από την .....

▼M11

E 106

6. Τα εν λόγω πρόσωπα διατηρούν το δικαίωμά τους

6.1 ☐ μέχρι την ακύρωση της παρούσας βεβαίωσης

6.2 ☐ για περίοδο ενός έτους από την ημερομηνία που προσδιορίζεται στο σημείο 5 (7)

6.3 ☐ μέχρι ..... συμπεριλαμβανογένης (8)

7. Αρμόδιος φορέας ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας

7.1 Επωνυμία: .....

7.2 Κωδικός του φορέα: .....

7.3 Διεύθυνση: .....

.....

.....

7.4 Σφραγίδα

7.5 Ημερομηνία: .....

7.6 Υπογραφή:

.....

Β. Γνωστοποίηση της καταχώρισης (9)

8.

8.1 ☐ Ο ασφαλισμένος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του

8.2 ☐ Τα μέλη της οικογένειας του ανέργου που αναφέρονται στο πλαίσιο 3

8.3 ☐ έχουν καταχωρισθεί σε μας την .....

8.4 ☐ δεν μπορούν να καταχωρισθούν σε μας λόγω .....

.....

9.

	Επώνυμο(-α) (3)	Όνομα(-τα) (4)	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Φορέας του τόπου κατοικίας

10.1 Επωνυμία: .....

10.2 Κωδικός του φορέα: .....

10.3 Διεύθυνση: .....

.....

.....

10.4 Σφραγίδα

10.5 Ημερομηνία: .....

10.6 Υπογραφή:

.....

▼M11

E 106

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

α) *Με το παρόν έντυπο παρέχεται σε σας και στα μέλη της οικογένειάς σας το δικαίωμα για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος. Εάν είσθε άνεργος, το παρόν έντυπο δεν απευθύνεται σε σας· απευθύνεται αποκλειστικά στα μέλη της οικογένειάς σας τα οποία κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο στο οποίο είστε ασφαλισμένος.*

β) *Τα δύο αντίγραφα του εντύπου που βρίσκονται στην κατοχή σας πρέπει να υποβληθούν το συντομότερο δυνατόν στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου κατοικίας σας. Εάν είσθε άνεργος, τα μέλη της οικογένειάς σας πρέπει να υποβάλουν το έντυπο στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου κατοικίας τους.*

γ) *Οι φορείς ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας είναι:*

Στο **Βέλγιο**, *η mutualité (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας*

Στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *το Zdravotní pojišťovna, ταμείο υγειονομικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας.*

Στη **Δανία**, *το δημοτικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας του τόπου κατοικίας*

Στη **Γερμανία**, *το Krankenkasse (Ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής του συγκεκριμένου προσώπου.*

Στην **Εσθονία**, *το Eesti Haigekassa (Εσθονικό ταμείο υγειονομικής ασφάλισης).*

Στην **Ελλάδα**, *κατά κανόνα, το Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), που πρέπει να εκδώσει για το συγκεκριμένο πρόσωπο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος.*

Στην **Ισπανία**, *η Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Εάν ζητάτε παροχές, μπορείτε να υποβάλετε σχετική αίτηση στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο μαζί με μία φωτοτυπία του.*

Στη **Γαλλία**, *το Caisse primaire d'assurance-maladie (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας).*

Στην **Ιρλανδία**, *η τοπική υγειονομική μονάδα του Health Service Executive.*

Στην **Ιταλία**, *η Azienda sanitaria locale (ASL) (Τοπική υγειονομική μονάδα) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή. Για τους ναυτικούς και το προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, το Υπουργείο Υγείας Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea (Υπουργείο Υγείας, υπηρεσία υγείας ναυτικών ή προσωπικού της πολιτικής αεροπορίας).*

Στην **Κύπρο**, *το Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health,1448 Λευκωσία). Ύστερα από αίτηση, το συγκεκριμένο πρόσωπο θα εφοδιασθεί με κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν χορηγούνται παροχές σε είδος από κρατικούς ιατρικούς φορείς.*

Στη **Λεττονία**, *το Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Κρατικό ίδρυμα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης).*

Στη **Λιθουανία**, *το τοπικό ταμείο ασθενείας και οι φορείς ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας.*

Στο **Λουξεμβούργο**, *το Caisse de maladie des ouvriers (ταμείο ασθενείας εργατών).*

Στην **Ουγγαρία**, *η αρμόδια υπηρεσία Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Τοπική υπηρεσία υγειονομικής ασφάλισης).*

Στη **Μάλτα**, *η Entitlement Unit (Μονάδα δικαιώματος περίθαλψης), Ministry of Health (Υπουργείο Υγείας), 23, John Street, Βαλέττα.*

Στις **Κάτω Χώρες**, *οιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας.*

Στην **Αυστρία**, *το Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας.*

Στην **Πολωνία**, *το περιφερειακό υποκατάστημα του Narodowy Funsdusz Zdrowia (Εθνικού ταμείου υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας.*

Στην **Πορτογαλία**, *για τη* **Μητροπολιτική Πορτογαλία***: το Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social (Περιφερειακό κέντρο αλληλεγγύης και κοινωνικής ασφάλισης) του τόπου κατοικίας· για τη* **Μαδέρα***: το Centro de Segurança Social da Madeira (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας) στο Funchal· για τις Αζόρες: το Centro de Prestações Pecuniárias (Κέντρο παροχών σε χρήμα) στον τόπο κατοικίας.*

Στη **Σλοβενία**, *το Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Φορέας υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας).*

Στη **Σλοβακία**, *το zdravotná poisťovňa της επιλογής του ασφαλισμένου.*

Στη **Φινλανδία**, *το τοπικό γραφείο του Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων).*

Στη **Σουηδία**, *το Försäkringskassan (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.*

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, *το Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, ή για τη Βόρεια Ιρλανδία το Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast, αναλόγως με την περίπτωση.*

Στην **Ισλανδία**, *το Tryggingastofnun ríkisins (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ.*

Στο **Λιχτενστάιν**, *το Amt für Volkswirtschaft (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο Βαντούζ.*

Στη **Νορβηγία**, *το lokale trygdekontor (τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.*

Στην **Ελβετία**, *η Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG (Κοινός φορέας σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για την ασφάλιση ασθενείας), στο Solothurn.*

δ) *Το έντυπο αυτό ισχύει από την ημερομηνία που αναγράφεται στο σημείο 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 υποβληθεί το έντυπο, για οιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος, όπως π.χ. λήξη ή αλλαγή απασχόλησης, αλλαγή τόπου κατοικίας ή διαμονής, είτε της δικής σας είτε κάποιου από τα μέλη της οικογένειάς σας.*

▼**M11**

E 106

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας.

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(5) Συμπληρώνεται, μόνον εφόσον το έντυπο αφορά σε μέλη της οικογένειας του ανέργου. Αναφέρατε μόνον ένα μέλος της οικογένειας για την καταχώριση, εφόσον η νομοθεσία της χώρας κατοικίας καθορίζει ποια μέλη της οικογένειας δικαιούνται παροχές.

(6) ΤΗ νομοθεσία της χώρας κατοικίας καθορίζει ποια μέλη της οικογένειας δικαιούνται παροχές.

(7) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα.

(8) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από ελληνικό, ουγγρικό ή βρετανικό φορέα για μισθωτούς ή αυτοτελώς απασχολούμενους.

(9) Εφόσον το παρόν έντυπο εκδίδεται προς ανανέωση προηγουμένως χορηγηθείσας βεβαίωσης, δεν απαιτείται η συμπλήρωση του μέρους B.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 107 [ ] (1)

ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α)·άρθρο 19.2·άρθρο 22.1.α)i), β)i) και γ)i)· άρθρο 22.3· άρθρο 25.1.α) και 3.i)· άρθρο 26.1· άρθρο 28.1.α)· άρθρο 29.1.α)· άρθρο 31.α)· άρθρο 52.α)· άρθρο 55.1.α)i), β)i) και γ)i)
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1· άρθρο 21.1· άρθρο 22.1 και 3· άρθρο 23· άρθρο 27 πρώτο εδάφιο· άρθρο 28· άρθρο 29.1 και 2· άρθρο 30.1· άρθρο 31.1 και 3· άρθρο 60.1· άρθρο 62.3, 4 και 7· άρθρο 63.1 και 3

Ο φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής συμπληρώνει το μέρος Α και αποστέλλει δύο αντίγραφα στον αρμόδιο φορέα, λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις των ανωτέρω άρθρων του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72. Εάν ο φορέας αυτός θεωρεί ότι δεν μπορεί να στείλει το ζητούμενο έντυπο, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα από τα δύο αντίγραφα στο φορέα που του τα είχε αποστείλει. Σε περίπτωση που αρμόδια χώρα είναι το Βέλγιο, το έντυπο πρέπει να αποστέλλεται στο φορέα ασφάλισης ασθένειας, εκτός εάν πρόκειται για ατύχημα που χαρακτηρίσθηκε εργατικό ή για ασθένεια που αναγνωρίσθηκε ως επαγγελματική.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Συμπληρώνεται από το φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής

1. Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....

2. ☐ ασφαλισμένος

2.1 Επώνυμο(-α) (2): .....
2.2 Όνομα(-τα) (3): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
2.4 Διεύθυνση: .....
.....
2.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης (4): .....
2.6 ☐ Πρόσωπο που δικαιούται σύνταξη, λόγω ☐ Αιτών
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ θανάτου (ως επιζών)
☐ εργατικού ατυχήματος ☐ επαγγελματικής ασθένειας
2.7 Φορέας υπεύθυνος για την καταβολή της σύνταξης: .....

3. ☐ Τελευταίος εργοδότης (5) ☐ Τελευταία δραστηριότητα ως αυτοτελώς απασχολούμενος (5)

3.1 Επωνυμία: .....
3.2 Διεύθυνση: .....
.....
3.3 Τομέας δραστηριότητας (6): .....
3.4 Φορέας ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων, στον οποίο ο εργοδότης είναι ασφαλισμένος (7): .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 107

4. Μέλη οικογένειας (8)

4.1	Επώνυμο(-α) (2)	Όνομα(-τα) (3)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας (9): .....

.....

5. Την ..... λάβαμε αίτηση από το πρόσωπο που αναφέρεται

☐ στο πλαίσιο 2 ☐ στο πλαίσιο 4

για

5.1 ☐ τη χορήγηση παροχών σε είδος

5.2 ☐ τη διατήρηση του δικαιώματος για παροχές σε είδος

5.3 ☐ τη καταχώριση σε μας ως προσώπου που δικαιούται παροχές σε είδος

6. Οι παροχές σε είδος ☐ χορηγήθηκαν ☐ δεν χορηγήθηκαν

6.1 σύμφωνα με το άρθρο ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

6.2 Ο αιτών ☐ δεν εργάσθηκε πλέον μέχρι σήμερα

☐ άσκησε την ακόλουθη δραστηριότητα:

.....

7. Παρακαλούμε στείλτε μας τη βεβαίωση δικαιώματος για παροχές, σε

☐ έντυπο E .....

☐ βεβαίωση που αντικαθιστά προσωρινά την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας ή μία Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (εάν αυτή μπορεί να εκδοθεί σύμφωνα με τη νομοθεσία του αρμόδιου κράτους)

Ισχύει από ..... έως .....

8. ☐ Συνημμένη ιατρική έκθεση (10)

9. Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής

9.1 Επωνυμία: .....

9.2 Κωδικός του φορέα: .....

9.3 Διεύθυνση: .....

.....

9.4 Σφραγίδα 9.5 Ημερομηνία: .....

9.6 Υπογραφή:

.....

▼**M11**

E 107

Β. Συμπληρώνεται από τον αρμόδιο φορέα

10.

10.1 ☐ Το ανωτέρω έντυπο επισυνάπτεται. Παρακαλείσθε να μας επιστρέψετε ένα αντίγραφο δεόντως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο ([11]).

10.2 ☐ Το έγγραφο που ζητείται στο μέρος Α δεν μπορεί να εκδοθεί για τους εξής λόγους

.....

.....

11. Αρμόδιος φορέας

11.1 Επωνυμία: .....

11.2 Κωδικός του φορέα:

11.3 Διεύθυνση: .....

.....

.....

11.4 Σφραγίδα

11.5 Ημερομηνία:

.....

11.6 Υπογραφή:

.....

▼**M11**

E 107

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Για τους ιταλικούς φορείς αναφέρατε τον αριθμό φορολογικού μητρώου.

Για τους μαλτέζικους φορείς αναφέρατε τον αριθμό ταυτότητας, εφόσον πρόκειται για μαλτέζο υπήκοο, ή τον αριθμό της μαλτέζικης κοινωνικής ασφάλισης, εφόσον δεν πρόκειται για μαλτέζο υπήκοο.

Για τους σλοβακικούς φορείς αναφέρατε το σλοβακικό αριθμό γέννησης, όπου τούτο εφαρμόζεται.

Για τους ισπανικούς φορείς αναφέρατε τον αριθμό του εθνικού δελτίου ταυτότητας (DNI), εφόσον πρόκειται για ισπανό υπήκοο, ή τον αριθμό του δελτίου ταυτότητας αλλοδαπών (NIE), εφόσον δεν πρόκειται για ισπανό υπήκοο. Εάν η ισχύς του DNI ή του NIE έχει λήξει, σημειώσατε «Ουδέν».

(5) Συμπληρώσατε μόνον εφόσον το έντυπο αφορά σε μισθωτό ή αυτοτελώς απασχολούμενο, ο οποίος εργάζεται, ή σε άνεργο.

(6) Συμπληρώσατε μόνον εφόσον το έντυπο αφορά σε μισθωτό, που θεωρείται ότι έχει υποστεί εργατικό ατύχημα.

(7) Για την Ισπανία: η Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης) ή η Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina (Επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού φορέα ασφάλισης ναυτικών), όσον αφορά στο ειδικό καθεστώς για ναυτικούς.

(8) Συμπληρώσατε μόνον για μέλη οικογένειας, για τα οποία έχει υποβληθεί αίτημα για παροχές ή αίτηση για καταχώριση. Αναφέρατε ένα μέλος οικογένειας μόνον για την καταχώριση.

(9) Συμπληρώσατε μόνον εφόσον η διεύθυνση των μελών οικογένειας διαφέρει από εκείνη του αρχηγού της οικογένειας

(10) Επισυνάψατε μόνον εφόσον είναι απαραίτητο. Στην περίπτωση αυτή σημειώσατε το τετράγωνο με σταυρό.

(11) Για τους ολλανδικούς και τους ελβετικούς φορείς και εφόσον το επιτρέπει η φύση του προς επιστροφή εντύπου.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 108 [ ] (1)

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ Ή ΑΡΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Πρόσωπα που κατοικούν σε χώρα άλλη από την αρμόδια χώρα

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

Ο αρμόδιος φορέας ή ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και αποστέλλει δύο αντίγραφα στο φορέα του τόπου κατοικίας ή στον αρμόδιο φορέα (μέσω του Οργανισμού Συνδέσεως, εφόσον τούτο είναι αναγκαίο). Ο φορέας παραλήπτης συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα από τα δύο αντίγραφα στο φορέα αποστολέα.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση

1. Φορέας προορισμού του εντύπου

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....

2. ☐ Μισθωτός εργαζόμενος ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
☐ Αυτοτελώς απασχολούμενος ☐ Μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
☐ Άνεργος
☐ Συνταξιούχος (καθεστώς μισθωτών εργαζομένων)
☐ Συνταξιούχος (καθεστώς αυτοτελώς απασχολουμένων)
☐ Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο(-α) (2):
.....
2.2 Όνομα(-τα) (3): Ημερομηνία γέννησης:
....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
2.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....
.....
2.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης (4):
.....

3. Μέλος οικογένειας (5)

3.1 Επώνυμο(-α) (2):
.....
3.2 Όνομα(-τα) (3): Ημερομηνία γέννησης:
....
3.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
3.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: ....
3.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....

▼**M11**

E 108

4. Το δικαίωμα παροχών που πιστοποιήθηκε με το δικό μας ☐ δικό σας ☐ έντυπο .. της .....
έχει ανασταλεί ή αρθεί για τον ακόλουθο λόγο:

4.1 ☐ Η ασφάλιση του ανωτέρω ασφαλισμένου έληξε την .....

4.2 Κανένα από τα καταχωρισμένα μέλη οικογένειας του ασφαλισμένου δεν κατοικούσε στη χώρα μας ☐ στη χώρα σας ☐ από
.....

4.3 Η σύνταξη του ανωτέρω συνταξιούχου έχει ανασταλεί ή αρθεί από .....

4.4 Ο δικαιούχος παροχών που αναφέρεται στο πλαίσιο 2
ή

☐ το μέλος οικογένειας που αναφέρεται στο πλαίσιο 3

☐ έπαψε να κατοικεί στη χώρα μας ☐ στη χώρα σας ☐ από ..... (ημερομηνία)

☐ απεβίωσε την ..... (ημερομηνία)

4.5 ☐ Το μέλος της οικογενείας που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις της νομοθεσίας της χώρας κατοικίας από
.....

4.6 ☐ ([6]) .....

5. ☐ Αρμόδιος φορέας ☐ Φορέας του τόπου κατοικίας

5.1 Επωνυμία: .....

5.2 Κωδικός του φορέα: .....

5.3 Διεύθυνση: .....
.....

5.4 Σφραγίδα

5.5 Ημερομηνία: .....

5.6 Υπογραφή:
.....

Β. Απόδειξη παραλαβής

6. Λάβαμε την ανωτέρω γνωστοποίηση (μέρος Α) την .....

7. ☐ Η καταχώριση του προσώπου(-ων) που αναφέρεται(-ονται) στο μέρος Α έπαυσε να ισχύει την .....

☐ Επιβεβαιώνουμε την αναστολή ή την άρση του δικαιώματος παροχών, όπως γνωστοποιείται στο πλαίσιο 4, της οποίας η ισχύς αρχίζει την
.....

8. ☐ Αρμόδιος φορέας ☐ Φορέας του τόπου κατοικίας

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....
.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:
.....

▼M11

E 108

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Για τους ιταλικούς φορείς αναφέρατε τον Αριθμό φορολογικού μητρώου.
Για τους μαλτέζικους φορείς αναφέρατε τον αριθμό ταυτότητας, εφόσον πρόκειται για μαλτέζο υπήκοο, ή τον αριθμό της μαλτέζικης κοινωνικής ασφάλισης, εφόσον δεν πρόκειται για μαλτέζο υπήκοο.
Για τους σλοβακικούς φορείς αναφέρατε το σλοβακικό αριθμό γέννησης, όπου τούτο εφαρμόζεται.
Για τους ισπανικούς φορείς αναφέρατε τον αριθμό του εθνικού δελτίου ταυτότητας (DNI), εφόσον πρόκειται για ισπανό υπήκοο, ή τον αριθμό του δελτίου ταυτότητας αλλοδαπών (NIE), εφόσον δεν πρόκειται για ισπανό υπήκοο. Εάν η ισχύς του DNI ή του NIE έχει λήξει, σημειώσατε «Ουδέν».

(5) Συμπληρώσατε, μόνον εφόσον η λήξη της ισχύος του δικαιώματος για παροχές θίγει μέλη οικογένειας.

(6) Ο λόγος αναστολής / άρσης πρέπει να προσδιορίζεται χρησιμοποιώντας ένα από τα κατωτέρω στοιχεία:
α) Ο συνταξιούχος ανέλαβε απασχόληση στην χώρα κατοικίας.
β) Ένα μέλος οικογένειας ανέλαβε απασχόληση στην χώρα κατοικίας.
γ) Μη καταβολή εισφορών.
δ) Άλλος.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 109 [ ] (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑΛΟΓΩΝ

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 εκδίδει δύο αντίγραφα στον ασφαλισμένο ή τα αποστέλλει –εφόσον είναι απαραίτητο μέσω του Οργανισμού Σύνδεσης– στο φορέα του τόπου κατοικίας, εάν το έντυπο έχει εκδοθεί ύστερα από αίτηση του φορέα αυτού. Εφόσον τα μέλη οικογένειας του ασφαλισμένου κατοικούν στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο αρμόδιος φορέας αποστέλλει δύο αντίγραφα στο Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων (Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne). Ο φορέας του τόπου κατοικίας, αμέσως μόλις λάβει τα δύο αντίγραφα, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίγραφο στον αρμόδιο φορέα. Εάν τα μέλη οικογένειας του ασφαλισμένου κατοικούν σε διαφορετικές χώρες, πρέπει να συνταχθεί διαφορετική βεβαίωση για καθεμία από τις χώρες αυτές.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση του δικαιώματος

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
1.4 Σχετικό έγγραφο: το έντυπό σας E 107 της .....

2. Ασφαλισμένος

2.1 Επώνυμο(-α) (3):
.....
2.2 Όνομα(-τα) (4): Ημερομηνία γέννησης:
....
2.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
2.4 Διεύθυνση: .....
.....
2.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....
2.6 Ο ασφαλισμένος [ ] είναι Αυτοτελώς απασχολούμενος

3. Μέλος οικογένειας

3.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
.....
3.2 Όνομα(-τα) (4): Ημερομηνία γέννησης:
....
3.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....
3.4 Διεύθυνση: .....
.....
3.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....

4. Τα μέλη οικογένειας του ανωτέρω ασφαλισμένου δικαιούνται παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος, εκτός εάν

[ ] δικαιούνται ήδη τέτοιες παροχές σύμφωνα με την νομοθεσία της χώρας, στην οποία κατοικούν (5)

[ ] ασκούν επαγγελματική ή εμπορική δραστηριότητα (5)

5. Το δικαίωμα αυτό ισχύει από .....

▼M11

E 109

6. και εξακολουθεί να ισχύει

6.1 ☐ μέχρις ότου η παρούσα βεβαίωση ακυρωθεί

6.2 ☐ επί ένα έτος από την ημερομηνία που προσδιορίζεται στο σημείο 5 (6)

6.3 ☐ μέχρι την ημερομηνία, στην οποία η εποχική εργασία αναμένεται να τελειώσει δηλ.

6.4 ☐ μέχρι (7) ..... συμπεριλαμβανομένης.

7. ☐ Παρακαλούμε να επιστρέψετε την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας του αναφερόμενου στο πλαίσιο 3 μέλους οικογένειας, η οποία φέρει το λογικό αριθμό ..... και ισχύει μέχρι .....

8. Αρμόδιος φορέας

8.1 Επωνυμία:
.....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....
.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:
.....

Β. Γνωστοποίηση της καταχώρισης (8)

9. ☐ (9)

Τα ακόλουθα μέλη οικογένειας δεν έχουν καταχωρισθεί:

	Επώνυμο(-α) (3)	Όνομα(-τα) (4)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

για τους εξής λόγους

☐ Δεν δικαιούνται παροχές

☐ Δικαιούνται ήδη παροχές σε είδος

☐ Άλλοι λόγοι

10. ☐ (9)

Τα ακόλουθα μέλη της οικογενείας του ασφαλισμένου που αναφέρονται στο πλαίσιο 2 έχουν καταχωρισθεί:

	Επώνυμο(-α) (3)	Όνομα(-τα) (4)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Το κόστος των παροχών αυτών σας βαρύνει. Η ημερομηνία, από την οποία πρέπει να υπολογισθεί το κατ' αποκοπή ποσό, που αναφέρεται στο άρθρο 94 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, είναι .....

▼**M11**

E 109

11.	Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας	
11.1	☐ Επισυνάπτουμε την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας με λογικό αριθμό ……., όπως ζητήθηκε στο σημείο 7	
11.2	☐ Παρακαλούμε, υποδείξατε τα μέτρα, τα οποία πρέπει να εφαρμοσθούν σχετικά με την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας, η οποία έχει εκδοθεί για το αναφερόμενο στο πλαίσιο 3 μέλος οικογένειας, φέρει το λογικό αριθμό ..... και ισχύει μέχρι	

12.	Φορέας του τόπου κατοικίας		
12.1	Επωνυμία:		
12.2	Κωδικός του φορέα:		
12.3	Διεύθυνση:		
	.....		
12.4	Σφραγίδα	12.5	Ημερομηνία: .....
		12.6	Υπογραφή:
			.....

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

α) *Με το παρόν έντυπο παρέχεται στα μέλη της οικογένειάς σας η δυνατότητα να λάβουν παροχές ασθενείας και μητρότητας σε είδος στη χώρα, στην οποία κατοικούν, και σύμφωνα με τη νομοθεσία της εν λόγω χώρας, εκτός εάν δικαιούνται ήδη τέτοιες παροχές βάσει της νομοθεσίας αυτής.*

β) *Μόλις λάβετε τα δύο αντίγραφα του εντύπου, πρέπει να τα αποστείλετε στα μέλη της οικογένειάς σας, τα οποία πρέπει να τα υποβάλουν* ***αμέσως*** *στο φορέα ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας του τόπου κατοικίας τους, δηλαδή:*

Στο **Βέλγιο**, *στην mutualité (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας.*
Στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *στο Zdravotní pojišťovna, ταμείο υγειονομικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας.*
Στη **Δανία**, *στο δημοτικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας του τόπου κατοικίας.*
Στη **Γερμανία**, *στο Krankenkasse (Ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής του συγκεκριμένου προσώπου.*
Στην **Εσθονία**, *στο Eesti Haigekassa (Εσθονικό ταμείο υγειονομικής ασφάλισης).*
Στην **Ελλάδα**, *κατά κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), που πρέπει να εκδώσει για το συγκεκριμένο πρόσωπο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος.*
Στην **Ισπανία**, *στην Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων).*
Στην **Γαλλία**, *στο Caisse primaire d'assurance-maladie (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας).*
Στην **Ιρλανδία**, *στην τοπική υγειονομική μονάδα του HealthService Executive.*
Στην **Ιταλία**, *στηνAzienda sanitaria locale (ASL)(Τοπική υγειονομική μονάδα) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή.*
Στην **Κύπρο**, *στο Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health,1448 Λευκωσία) και στους αρμόδιους για παροχές ασθενείας και μητρότητας φορείς. Ύστερα από αίτηση, το συγκεκριμένο πρόσωπο θα εφοδιαστεί με κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν χορηγούνται παροχές σε είδος από κρατικούς ιατρικούς φορείς.*
Στη **Λεττονία**, *στοVeselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Κρατικό ίδρυμα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης).*
Στη **Λιθουανία**, *στο τοπικό ταμείο ασθενείας και οι φορείς ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας.*
Στο **Λουξεμβούργο**, *στο Caisse de maladie des ouvriers (Ταμείο ασθενείας εργατών).*
Στην **Ουγγαρία**, *στην αρμόδια υπηρεσία Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Τοπική υπηρεσία υγειονομικής ασφάλισης).*
Στη **Μάλτα**, *στην Entitlement Unit (Μονάδα δικαιώματος περίθαλψης), Ministry of Health (Υπουργείο Υγείας), 23, John Street, Βαλέττα.*
Στις **Κάτω Χώρες**, *σε οιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας.*
Στην **Αυστρία**, *στο Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας.*
Στην **Πολωνία**, *στο περιφερειακό υποκατάστημα του Narodowy Funsdusz Zdrowia (Εθνικού ταμείου υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας.*
Στην **Πορτογαλία**, *για τη* **Μητροπολιτική Πορτογαλία***: στο CentroDistrital de Solidariedade e Segurança Social (Περιφερειακό κέντρο αλληλεγγύης και κοινωνικής ασφάλισης) του τόπου κατοικίας· για τη* **Μαδέρα***: στο Centro de Segurança Social da Madeira (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας) στο Funchal· για τις* **Αζόρες***: στο Centro de Prestações Pecuniárias (Κέντρο παροχών σε χρήμα) στον τόπο κατοικίας.*
Στη **Σλοβενία**, *στην περιφερειακή μονάδα του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Φορέας υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας) που είναι αρμόδια για τον τόπο κατοικίας.*
Στη **Σλοβακία**, *στο zdravotná poisťovňa (Ταμείο υγειονομικής ασφάλισης) της επιλογής του ασφαλισμένου.*
Στη **Φινλανδία**, *στο τοπικό γραφείο του Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων).*
Στη **Σουηδία**, *στο Försäkringskassan (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.*
Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, *στο Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, ή για τη Βόρεια Ιρλανδία στο Department for Social Development,Overseas Benefits Branch,Block 2, Castle Buildings, Belfast.*
Στην **Ισλανδία**, *στο Tryggingastofnun rikisins (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ.*
Στο **Λιχτενστάιν**, *στο 'Amt für Volkswirtschaft' (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο Βαντούζ.*
Στην **Νορβηγία**, *στο 'lokale trygdekontor' (τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.*
Στην **Ελβετία,** *στην Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG (Κοινός φορέας σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για την ασφάλιση ασθενείας), στοSolothurn.*

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

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

▼**M11**

E 109

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία CH = Ελβετία.

(2) Συμπληρώνεται μόνον εάν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας.

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά την σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά την σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(5) Σημειώσατε με σταυρό στο τετράγωνο, εάν το έντυπο απευθύνεται σε ιρλανδικό ή βρετανικό φορέα.

(6) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα.

(7) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από ελληνικό, ουγγρικό ή βρετανικό φορέα για μισθωτούς ή αυτοτελώς απασχολούμενους.

(8) Εφόσον το παρόν έντυπο εκδίδεται προς ανανέωση προηγούμενης βεβαίωσης, της οποίας η ισχύς έχει λήξει, δεν απαιτείται συμπλήρωση του μέρους Β από το φορέα του τόπου κατοικίας.

(9) Συμπληρώσατε το πλαίσιο 9 ή 10 αναλόγως καισημειώσατε με σταυρό το αντίστοιχο τετράγωνο.

▼**M10**

▼**M6**

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 2 και 3

E 111 ☐ (1)

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

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α.ι· άρθρο 22.3· άρθρο 22α· άρθρο 31.α· άρθρο 34.α·
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 20.4· άρθρο 21.1· άρθρο 23· άρθρο 31.1 και 3

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΓΓΡΑΦΟ ΔΕΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΚΑΝΕΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΑΝ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

1 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Φοιτητής

☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών) ☐ Άλλος ασφαλισμένος

(Επώνυμο ([1α]), Προηγούμενα επώνυμα ([1α]), Ταυτότητα ([2α]), Διεύθυνση ([2]))

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

2 Μέλη οικογένειας ([3])

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

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

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

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

3.2 ([5]) ☐ από .....

▼**M6**

E 111

4	Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός ([6]) .....

4.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

4.3 Σφραγίδα

4.4 Ημερομηνία .....

4.5 Υπογραφή

.....

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

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

5.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός ([6]) .....

5.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

5.3 Σφραγίδα

5.4 Ημερομηνία .....

5.5 Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

Υποδείξεις για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:

— *στο μισθωτό ή αυτοαπασχολούμενο, στο φοιτητή ή σε άλλον ασφαλισμένο και στα μέλη της οικογένειάς του που αναγράφονται στο πλαίσιο 2, οι οποίοι διαμένουν προσωρινά σε κράτος διαφορετικό του αρμόδιου κράτους, σε περίπτωση άμεσης ανάγκης, και*

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

να λάβουν παροχές σε είδος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας της προσωρινής διαμονής σε περίπτωση ασθένειας (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων χρόνιας ασθένειας και των προϋπαρχουσών ασθενειών) ή μητρότητας και, προσωρινά, σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας.

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

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

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

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο ταμείο ασθένειας της επιλογής του ενδιαφερομένου·*

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

▼M6

E 111

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

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

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

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

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

στις **Κάτω Χώρες,** *στο «ANOZ Verzekeringen»· εάν ένα άτομο χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο, το νοσοκομείο αποστέλλει το έντυπο εισαγωγής και το έντυπο E 111 στο ANOZ Verzekeringen στην Ουτρέχτη: Η ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με το «ANOZ Verzekeringen»·*

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

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

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

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

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

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

([6]) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼M6

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

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

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

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

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΓΓΡΑΦΟ ΔΕΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΚΑΝΕΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΑΝ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

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

1.1 Αριθμός ταυτότητας ([1β]) ..... Ημερομηνία γέννησης .....

2 Μέλη οικογένειας ([3])

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

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

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

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

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

4 Αρμόδιος φορέας

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

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

①

▼M6

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΩΝ | **E 111** | **B**

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

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

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

Υποδείξεις για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) *Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:*

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

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

να λάβουν παροχές σε είδος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας της προσωρινής διαμονής μόνο για νοσοκομειακή περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων χρόνιας ασθένειας και των προϋπαρχουσών ασθενειών).

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

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

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** *στο ταμείο ασθένειας της επιλογής του ενδιαφερόμενου·*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

στη **Νορβηγία,** *στο «Lokale trygdekontor» (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου προσωρινής διαμονής.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

([5]) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 112 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΗΔΗ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ Ή ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.β)i)· άρθρο 22.1.γ)i)· άρθρο 22.3· άρθρο 22.α)· άρθρο 31
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 22.1 και 3· άρθρο 23· άρθρο 31.1 και 3

Ο αρμόδιος φορέας ή ο φορέας του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου, του συνταξιούχου ή του μέλους οικογένειας εκδίδει το έντυπο για τον ασφαλισμένο, τον συνταξιούχο ή το μέλος οικογένειας. Εάν ο ασφαλισμένος ή ο συνταξιούχος μεταβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντίγραφο του εντύπου πρέπει επίσης να αποσταλεί στο Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων (Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne).

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 2 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. ☐ Μισθωτός εργαζόμενος ☐ Μέλος οικογένειας μισθωτού εργαζόμενου
☐ Αυτοτελώς απασχολούμενος ☐ Μέλος οικογένειας αυτοτελώς απασχολούμενου
☐ Συνταξιούχος (μισθωτός εργαζόμενος) ☐ Μέλος οικογένειας συνταξιούχου (μισθωτού εργαζομένου)
☐ Συνταξιούχος (αυτοτελώς απασχολούμενος) ☐ Μέλος οικογένειας συνταξιούχου (αυτοτελώς απασχολούμενου)

1.1 Επώνυμο(-α)(2)·
.....

1.2 Όνομα(-τα)(3): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

1.3 Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α): .....

1.4 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα:
.....

1.5 Διεύθυνση στη χώρα, στην οποία μεταβαίνει το ενδιαφερόμενο πρόσωπο:
.....
.....

1.6 Αριθμός μητρώου ασφάλισης(4):

2. Το ανωτέρω πρόσωπο έχει λάβει έγκριση να διατηρήσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος

☐ της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ☐ της ασφάλισης μη εργατικών ατυχημάτων(5)
στην (στο) ..... (χώρα), όπου μεταβαίνει

2.1 ☐ για να κατοικήσει

2.2 ☐ για να υποβληθεί σε θεραπεία από(6)
.....
.....
ή από οποιονδήποτε άλλο ίδρυμα παρόμοιας φύσης σε περίπτωση μετακίνησης που είναι ιατρικά αναγκαία προς επίτευξη της εν λόγω θεραπείας.

2.3 ☐ για την αποστολή βιολογικών δειγμάτων προς ανάλυση, χωρίς να απαιτείται η παρουσία του συγκεκριμένου προσώπου.

3. Οι παροχές αυτές χορηγούνται με την υποβολή της παρούσας βεβαίωσης,
από ..... έως ..... συμπεριλαμβανόμενης.

4. Η έκθεση του θεράποντος ιατρού

4.1 ☐ επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο σε σφραγισμένο φάκελο

4.2 ☐ απεστάλη την ..... προς(7) .....

4.3 ☐ θα αποσταλεί εκ μέρους μας ύστερα από αίτημα

4.4 ☐ δεν έχει συνταχθεί

5. Αρμόδιος φορέας

5.1 Επωνυμία: .....

5.2 Κωδικός του φορέα: .....

5.3 Διεύθυνση: .....
.....

5.4 Σφραγίδα 5.5 Ημερομηνία: .....

5.6 Υπογραφή:
.....

▼**M11**

E 112

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

Πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο όσο το δυνατόν συντομότερα στο φορέα ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας του τόπου, στον οποίο μεταβαίνετε, δηλαδή:

Στο **Βέλγιο**, *στη mutualité (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας.*
Στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *στο Zdravotní pojišťovna, ταμείο υγειονομικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας.*
Στη **Δανία**, *στον πάροχο της θεραπείας, συνήθως ο γενικός ιατρός, που θα σας παραπέμψει σε ειδικό.*
Στη **Γερμανία**, *στο Krankenkasse (Ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας.*
Στην **Εσθονία**, *στο Eesti Haigekassa (Εσθονικό ταμείο υγειονομικής ασφάλισης).*
Στην **Ελλάδα**, *κατά κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), που πρέπει να εκδώσει για το συγκεκριμένο πρόσωπο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος.*
Στην **Ισπανία**, *στις ιατρικές/νοσοκομειακές υπηρεσίες του συστήματος υγείας που καλύπτεται από την ισπανική κοινωνική ασφάλιση. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού.*
Στη **Γαλλία**, *στο Caisse primaire d'assurance-maladie (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας).*
Στην **Ιρλανδία**, *στην τοπική υγειονομική μονάδα του Health Service Executive.*
Στην **Ιταλία**, *στην Azienda sanitaria locale (ASL) (Τοπική υγειονομική μονάδα) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή.*
Στην **Κύπρο**, *στο Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health),1448 Λευκωσία.*
Στη **Λεττονία**, *στο Veselības obligātās aprošināšanas valsts aģentūra (Κρατικό ίδρυμα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης).*
Στη **Λιθουανία**, *στο τοπικό ταμείο ασθενείας και στους φορείς ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας.*
Στο **Λουξεμβούργο**, *στο Caisse de maladie des ouvriers (Ταμείο ασθενείας εργατών).*

Στην **Ουγγαρία**, *στον πάροχο της θεραπείας.*
Στη **Μάλτα**, *στην υπαγόμενη στην εθνική υγειονομική υπηρεσία μονάδα (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο, υγειονομικό κέντρο) που παρέχει την περίθαλψη.*
Στις **Κάτω Χώρες**, *σε οποιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας ή, σε περίπτωση προσωρινής διαμονής, στο Agis zorgverzekeringen, Ουτρέχτη.*

Στην **Αυστρία**, *στο Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής.*

Στην **Πολωνία**, *στο περιφερειακό υποκατάστημα του Narodowy Funsdusz Zdrowia (Εθνικού ταμείου υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας ή διαμονής.*

Στην **Πορτογαλία**, *για τη* **Μητροπολιτική Πορτογαλία***: στο Administração Regional de Saúde (Περιφερειακό υγειονομικό κέντρο) του τόπου κατοικίας ή διαμονής· για τη* **Μαδέρα***: στο Centro de Saúde (Υγειονομικό κέντρο) του τόπου κατοικίας ή διαμονής· για τις* **Αζόρες***: στο Centro de Saúde (Υγειονομικό κέντρο) στον τόπο κατοικίας ή διαμονής.*

Στη **Σλοβενία**, *στην περιφερειακή μονάδα του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Φορέας υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής.*

Στη **Σλοβακία**, *στο zdravotná poisťovňa (Εταιρεία υγειονομικής ασφάλισης) της επιλογής του ασφαλισμένου;*

Στη **Φινλανδία**, *στο τοπικό γραφείο του Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Το έντυπο υποβάλλεται στο δημοτικό υγειονομικό κέντρο ή στο δημόσιο νοσοκομείο που παρέχει την θεραπεία.*

Στη **Σουηδία**, *στο Försäkringskassan (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Το έντυπο υποβάλλεται στο φορέα που παρέχει τη θεραπεία.*

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, *στην ιατρική υπηρεσία (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο κ.λπ.) που παρέχει την περίθαλψη.*

Στην **Ισλανδία**, *στο Tryggingastofnun ríkisins (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ.*

Στο **Λιχτενστάιν**, *στο Amt für Volkswirtschaft' (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο Βαντούζ.*

Στη **Νορβηγία**, *στο okale trygdekontor (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων).*

Στην ***Ελβετία, στ****ην Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG' (κοινός φορέας σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για την ασφάλιση ασθενείας), στο Solothurn. Το έντυπο πρέπει να απευθύνεται στον ιατρό ή το νοσοκομείο που χορηγεί τη θεραπεία.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.
(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
(4) Αναφέρατε τον αριθμό του ασφαλισμένου, εάν το μέλος οικογένειας δεν διαθέτει προσωπικό αριθμό μητρώου.
(5) Προς συμπλήρωση από τους γαλλικούς φορείς για τους αυτοτελώς απασχολούμενους στη γεωργία.
(6) Προς συμπλήρωση, εφόσον είναι δυνατόν.
(7) Επωνυμία και διεύθυνση του φορέα, στον οποίο έχει υποβληθεί η ιατρική έκθεση.

———

▼M5

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 113 ☐ (1)

ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΥ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19· άρθρο 22· άρθρο 22α· άρθρο 22β· άρθρο 25.1 και 3.ί· άρθρο 26· άρθρο 31.α· άρθρο 34α· άρθρο 34β· άρθρο 52.α· άρθρο 55.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.6· άρθρο 20.5· άρθρο 21.2· άρθρο 22.2 και 3· άρθρο 23· άρθρο 26.3· άρθρο 27· άρθρο 28· άρθρο 31.2 και 3· άρθρο 60.5· άρθρο 62.7· άρθρο 63.2

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

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....

1.2 Διεύθυνση (2): .....

.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Φοιτητής

☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών) ☐ Άλλος ασφαλισμένος

☐ Άνεργος ☐ Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο (2α)

.....

2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (2α) ..... Ημερομηνία γέννησης .....

2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

.....

.....

2.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

3 Νοσηλεία μέλους οικογενείας

3.1 Επώνυμο (2α)

.....

3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γέννησης .....

3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2) (3)

.....

3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 Σχετικό:

4.1 ☐ έντυπό σας ..... της ..... (4)

4.2 ☐ έντυπό μας E 107 της .....

Α. Γνωστοποίηση εισαγωγής

5 Το πρόσωπο που αναφέρεται στο ☐ πλαίσιο 2 ☐ πλαίσιο 3

5.1 εισήχθη την ..... (ημερομηνία)

5.2 στο παρακάτω νοσηλευτικό ίδρυμα (5) .....

5.3 λόγω ☐ ασθένειας ☐ μητρότητας ☐ εργατικού ατυχήματος (6)

☐ επαγγελματικής ασθένειας (7) ☐ μη εργατικού ατυχήματος (8)

5.4 Η νοσηλεία προβλέπεται να διαρκέσει μέχρι .....

5.5 ☐ (9) Επισυνάπτονται δικαιολογητικά ή ιατρική γνωμάτευση

①

▼M5

E 113

Β. Γνωστοποίηση εξόδου

6 Η νοσηλεία που σας γνωστοποιήθηκε

☐ με το έντυπό μας E 113 της .....

☐ στο παραπάνω μέρος Α

έληξε την .....

7	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής	
7.1	Επωνυμία	.....
7.2	Διεύθυνση (2)	.....
		.....
7.3	Σφραγίδα	
7.4	Ημερομηνία	.....
7.5	Υπογραφή	.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

(5) Επωνυμία του νοσηλευτικού ιδρύματος.

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

Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχείρησης	.....
Διεύθυνση (2)	.....
	.....

(7) Προσδιορίζεται αν είναι δυνατόν.

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

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

②

▼M5

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 114 ☐ (1)

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19· άρθρο 22· άρθρο 22α· άρθρο 22β· άρθρο 24· άρθρο 25.1 και 3.ί· άρθρο 26· άρθρο 31.α· άρθρο 34α· άρθρο 34β· άρθρο 52.α· άρθρο 55.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.7· άρθρο 20.5· άρθρο 21.2· άρθρο 22.2 και 3· άρθρο 23· άρθρο 26.3· άρθρο 27· άρθρο 28· άρθρο 31.2 και 3· άρθρο 60.6· άρθρο 62.7· άρθρο 63.2 και 3

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

Α. Γνωστοποίηση

1 Αρμόδιος φορέας

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

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

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

3 Ενδιαφερόμενο μέλος της οικογένειας

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

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

①

▼M5

E 114

8	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

8.1 Επωνυμία .....

8.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

8.3 Σφραγίδα

8.4 Ημερομηνία .....

8.5 Υπογραφή

.....

Β. Ενδεχόμενη αιτιολογημένη άρνηση του αρμόδιου φορέα

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

Αιτιολογία

.....

.....

10	Αρμόιδιος φορέας

10.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός ([9]) .....

10.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

10.3 Σφραγίδα

10.4 Ημερομηνία .....

10.5 Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

Επωνυμία εργοδότη ή επιχειρήσεως .....

Διεύθυνση ([2]) .....

.....

([3α]) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά 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 η διεύθυνση του μέλους της οικογένειας διαφέρει από εκείνη που αναγράφεται στο πλαίσιο 2.

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

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

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

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

([9]) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 115 [ ] (1)

ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

Εάν το έντυπο συντάσσεται για εργαζόμενο ασφαλισμένο, πρέπει να συμπληρώνεται και να αποστέλλεται ένα μόνον αντίγραφο στο φορέα ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας ή ασφάλιση εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Όμως, εάν πρόκειται για άνεργο, πρέπει να συντάσσονται δύο επιπλέον αντίγραφα, από τα οποία το ένα αποστέλλεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στον αντίστοιχο φορέα της χώρας, στην οποία ο άνεργος έχει μεταβεί, για να αναζητήσει εργασία.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Διεύθυνση: .....
.....
1.3 Κωδικός του φορέα:
.....

2. [ ] Μισθωτός εργαζόμενος [ ] Αυτοτελώς απασχολούμενος [ ] Άνεργος

2.1 Επώνυμο(-α) (2): ..... Επώνυμο(-α) κατά την γέννηση [εφόσον διαφέρει(-ουν)]: .....
2.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....
2.4 Κατέχει έντυπο E 119 που εκδόθηκε την ..... (3)
Και έντυπο E 303 που εκδόθηκε την ..... (3)

3. Εργοδότης (4)

3.1 Ονοματεπώνυμο του εργοδότη ή επωνυμία της επιχείρησης: .....
3.2 Διεύθυνση: .....
.....

Α. [ ] (5) **Αίτημα για παροχές**

4. Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 υπέβαλε αίτηση την ..... (ημερομηνία) για παροχές σε χρήμα λόγω

[ ] νοσοκομειακής περίθαλψης από ..... έως ..... (ημερομηνίες) σε νοσοκομείο ή σε κέντρο πρόληψης ή αποκατάστασης (6)

[ ] ανικανότητας προς εργασία
οφειλόμενης σε

4.1 [ ] ασθένεια [ ] μητρότητα (αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού: .....)
[ ] εργατικό ατύχημα [ ] ατύχημα που συνέβη την ..... (ημερομηνία)
[ ] επαγγελματική ασθένεια [ ] υιοθεσία [ ] μειωμένη αποζημίωση σε περίπτωση μητρότητας και υιοθεσίας

▼**M11**

E 115

5. Η βεβαίωση του θεράποντος ιατρού
☐ επισυνάπτεται ☐ δεν ήταν δυνατόν να παρασχεθεί

6. Κατά την γνώμη του ελεγκτή ιατρού μας ☐ του οποίου η έκθεση επισυνάπτεται
☐ του οποίου η έκθεση θα σας αποσταλεί το συντομότερο δυνατόν

6.1 ☐ η ανικανότητα προς εργασία άρχισε την .....
και πιθανολογείται να διαρκέσει έως .....

6.2 ☐ δεν υφίσταται ανικανότητα προς εργασία ([7])

7. ☐ Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο θεωρείται, ότι δεν συμμορφώθηκε προς τις διατάξεις της νομοθεσίας μας για τους εξής λόγους:
.....
.....

8. ☐ Η ανικανότητα προς εργασία τεκμαίρεται ότι προξενήθηκε από ατύχημα, για το οποίο ευθύνεται τρίτος..

8.1 ☐ Η ανικανότητα προς εργασία οφείλεται σε άλλες ειδικές περιστάσεις, όπως προκύπτει από τα συνημμένα έγγραφα.

8.2 ☐ Έκθεση σχετικά με το εν λόγω ατύχημα με την διεύθυνση του εμπλεκομένου τρίτου επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο.

8.3 ☐ Άλλα έγγραφα σχετικά με την αιτία της ανικανότητας προς εργασία επισυνάπτονται στο παρόν έντυπο.

9. ☐ Είμαστε πρόθυμοι να χορηγήσουμε παροχές σε χρήμα στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο για λογαριασμό σας. Παρακαλείσθε να μας γνωστοποιήσετε, εάν συμφωνείτε με τη διαδικασία αυτή και, αν ναι, αποστείλατέ μας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη χορήγηση των παροχών.([8])

10. ☐ Δεν προτιθέμεθα να χορηγήσουμε παροχές σε χρήμα στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο για λογαριασμό σας.

Β. ☐ ([6]) **Παράταση της ανικανότητας προς εργασία**

11. Σχετικά με

11.1 ☐ το έντυπό μας Ε 115 της ..... (ημερομηνία)

11.2 ☐ το έντυπό σας Ε 117 της ..... (ημερομηνία)

11.3 Επιθυμούμε να σας πληροφορήσουμε ότι, κατά την άποψη του ελεγκτή ιατρού μας

☐ του οποίου η έκθεση επισυνάπτεται,

☐ του οποίου η έκθεση θα σας αποσταλεί το συντομότερο δυνατό,

το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 θα παραμείνει ανίκανο προς εργασία πιθανώς έως ..... συμπεριλαμβανομένης

12. Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής

12.1 Επωνυμία: .....

12.2 Κωδικός του φορέα: .....

12.3 Διεύθυνση: .....
.....

12.4 Σφραγίδα

12.5. Ημερομηνία: .....

12.6. Υπογραφή:
.....

▼M11

E 115

Πληροφορίες για τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα

Στην Ιταλία πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο, σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας στην τοπική υπηρεσία του Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) (Εθνικός φορέας κοινωνικής πρόνοιας) και σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας στο Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

Για τις Κάτω Χώρες, εάν ο αρμόδιος φορέας ασφάλισης ασθενείας δεν είναι γνωστός, αποστείλατε το έντυπο στο UWV, Postbus 57002, 1040 CC Άμστερνταμ.

Στη Σλοβενία πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο, σε περίπτωση παροχών μητρότητας σε χρήμα, στο αρμόδιο Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke (Κέντρο κοινωνικής πρόνοιας, Ljubljana Bežigrad, κεντρική μονάδα παροχών σε γονείς και οικογενειακών παροχών) και σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία στην αρμόδια περιφερειακή μονάδα του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Ίδρυμα υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας).

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Για τους ανέργους, αναφέρατε τον τελευταίο εργοδότη.

(5) Συμπληρώσατε είτε το μέρος Α είτε το μέρος Β και σημειώσατε με σταυρό το τετράγωνο που αντιστοιχεί στο συμπληρωμένο μέρος.

(6) Όσον αφορά στα πρόσωπα που είναι ασφαλισμένα σε γερμανικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας ή σε αυστριακό ή βελγικό φορέα: εάν ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας δεν γνωρίζει την ακριβή ημερομηνία εξόδου από το νοσοκομείο κατά την έκδοση του παρόντος εντύπου, αυτή η πληροφορία πρέπει να συμπληρωθεί, όσον το δυνατόν συντομότερα, σε μεταγενέστερη ημερομηνία.

(7) Επισυνάψατε αντίγραφο του εντύπου Ε 118 που απεστάλη στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο.

(8) Εάν το έντυπο αποστέλλεται σε γερμανικό, ιταλικό, ουγγρικό ή πολωνικό φορέα, το τετράγωνο αυτό δεν χρειάζεται να σημειωθεί.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Ε 116 [ ] (1)

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

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

Συμπληρώνεται από τον ιατρό του φορέα που εκδίδει το έντυπο Ε 115, στο οποίο πρέπει να επισυνάπτεται και σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας αποστέλλεται σε σφραγισμένο φάκελο (2).

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Αρμόδιος φορέας, στον οποίο απευθύνεται το έντυπο

1.1 Επωνυμία: .....

1.2 Κωδικός του φορέα: .....

1.3 Διεύθυνση: .....

.....

1.4 Σχετικό: το έντυπό μας Ε 116 της ..... (ημερομηνία)

2. Επισυνάπτεται στο έντυπο Ε 115 της .....(ημερομηνία)

3. Ο ενδιαφερόμενος

3.1 Επώνυμο(-α) (3): .....

.....

3.2 Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν):

.....

3.3 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:

....

3.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή διαμονής: .....

.....

3.5. Αριθμός μητρώου ασφάλισης:

.....

4. Ο κάτωθι υπογεγραμμένος, ... ιατρός,
μετά την ιατρική εξέταση του ανωτέρω προσώπου
την .....

4.1 θεωρώ ότι πρόκειται για περίπτωση

☐ ασθένειας ☐ μητρότητας (πιθανή ημερομηνία τοκετού .....)

4.2 ότι πιθανότατα πρόκειται για

☐ εργατικό ατύχημα ☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ ατύχημα

4.3 ☐ υποτροπή ή επιδείνωση

▼M11

E 116

A. Γενική έκθεση

5. Συμπληρώνεται σε κάθε περίπτωση

5.1 Ιστορικό της ασθένειας και τωρινά συμπτώματα: .....

.....

.....

5.2 Κλινική εξέταση: .....

.....

.....

5.3 Άλλες παρατηρήσεις: .....

.....

.....

5.4 Ειδικές εξετάσεις ([4]): .....

.....

.....

5.5 Διάγνωση: .....

.....

.....

5.6 Πορίσματα: .....

.....

.....

5.7 ☐ Ο ενδιαφερόμενος δεν κρίνεται ανίκανος προς εργασία

5.8 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται ανίκανος προς εργασία

από ..... έως .....

5.9 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται εν μέρει ανίκανος προς εργασία κατά

(..... %) από ..... έως ..... ([5])

5.10 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα υποβληθεί σε νέα ιατρική εξέταση την .....

5.11 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα είναι ικανός για εργασία την .....

Β. Εκθέσεις σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος

6. Πρώτη ιατρική έκθεση

6.1 Αυτό το ατύχημα προκάλεσε τους ακόλουθους τραυματισμούς ([6]): .....

.....

.....

.....

6.2 Αυτοί οι τραυματισμοί ☐ είχαν ☐ προβλέπεται να έχουν τις ακόλουθες συνέπειες ([7])

.....

.....

.....

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

6.4 Ο τραυματισμένος περιθάλπεται

☐ κατ' οίκον ☐ σε ιατρείο

☐ σε νοσοκομείο ☐ σε άλλο μέρος

Διεύθυνση ([8]):

.....

.....

▼**M11**

E 116

7. Τελευταία ιατρική έκθεση

7.1 Η περίθαλψη έληξε την: .....

7.2 Οι τραυματισμοί σταθεροποιήθηκαν την: .....

7.3 ☐ με πλήρη αποκατάσταση

7.4 ☐ και προβλέπεται να έχουν τις ακόλουθες συνέπειες:

.....

.....

.....

7.5 Λεπτομερής περιγραφή της κατάστασης του θύματος μετά την αποκατάσταση ή στο τέλος της ιατρικής περίθαλψης:

.....

.....

.....

.....

8. Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής:

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....

.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:

.....

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Το έντυπο E 116 δεν χρειάζεται σε περίπτωση αιτήσεων για παροχές μητρότητας που καταβάλλονται από το Βέλγιο. *Για το Βέλγιο, το έντυπο αυτό πρέπει πάντοτε να αποστέλλεται πρώτα στον βελγικό αρμόδιο φορέα ασφάλισης ασθένειας. Στην Τσεχική Δημοκρατία, το Λιχτενστάιν, τη Φινλανδία, την Νορβηγία και τη Σουηδία το έντυπο συμπληρώνεται από τον ιατρό που επισκέπτεται ο ενδιαφερόμενος και ελέγχεται από τον ασφαλιστικό φορέα.*

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά την σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Σημειώσατε το είδος της εξέτασης και την ημερομηνία.

(5) Ειδικά για τους φορείς της Νορβηγίας.

(6) Σημειώσατε το είδος και τη φύση των τραυματισμών και το τραυματισμένο μέρος του σώματος: κάταγμα βραχίονα, θλάση στο κεφάλι, στα δάκτυλα, εσωτερικά τραύματα, ασφυξία κ.λπ.

(7) Σημειώσατε τις βέβαιες ή τις πιθανές επιπτώσεις των τραυματισμών που διαπιστώθηκαν: θάνατος, μόνιμη ή προσωρινή ανικανότητα, ολική ή μερική. Σε περίπτωση προσωρινής ανικανότητας, προσδιορίσατε την πιθανή διάρκεια.

(8) Εάν ο τραυματισμένος νοσηλευθεί, αναφέρατε και την επωνυμία του νοσοκομείου.

▼M11

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 117 ☐ (1)

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΧΡΗΜΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το παρόν έντυπο και το αποστέλλει στο φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής. Ο αρμόδιος φορέας οφείλει επίσης να ενημερώνει τον ενδιαφερόμενο, εάν οι παροχές σε χρήμα καταβάλλονται από το φορέα του τόπου κατοικίας.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 2 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....

2. Σχετικό: το έντυπό σας E 115 της ..... (ημερομηνία)

3. ☐ Μισθωτός ☐ Αυτοτελώς απασχολούμενος ☐ Άνεργος

3.1 Επώνυμο(-α) (2): Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν):
....
3.2 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:
....
3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή διαμονής: .....
.....
3.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....

4. Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 3

4.1 ☐ δικαιούται προσωρινά παροχές σε χρήμα
από ..... έως ....., με πιθανότητα παράτασης

4.2 ☐ δεν δικαιούται παροχές σε χρήμα
Αιτιολογία: βλέπε το συνημμένο έντυπο E 118

4.3 ☐ δεν δικαιούται πλέον παροχές σε χρήμα από την ..... (ημερομηνία)
Αιτιολογία: βλέπε το συνημμένο έντυπο E 118.

5. Οι παροχές αυτές θα καταβληθούν (3)

5.1 ☐ από εμάς
5.2 ☐ από σας για λογαριασμό μας (4)
5.3 ☐ από τον εργοδότη (5)
από ..... έως ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 Το επίδομα πρέπει να καταβληθεί για κάθε ημέρα της εβδομάδας, εκτός από
☐ Δευτέρα ☐ Τρίτη ☐ Τετάρτη ☐ Πέμπτη ☐ Παρασκευή ☐ Σάββατο ☐ Κυριακή
6.2 Το καθαρό ημερήσιο ποσό αυτού του επιδόματος ανέρχεται σε
..... (9), εάν ο ασφαλισμένος δεν νοσηλεύεται
..... (9), εάν ο ασφαλισμένος νοσηλεύεται
6.3 ☐ Εάν το επίδομα καταβάλλεται μηνιαίως, το ποσό χορηγείται για 30 ημέρες, ανεξάρτητα από τον αριθμό ημερών που έχει ο μήνας

▼M11

E 117

7. Σας παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε το συντομότερο δυνατό το αποτέλεσμα

7.1 ☐ της εξέτασης([10]): .....

7.2 ☐ του διοικητικού ελέγχου: .....

7.3 ☐ νέας ιατρικής εξέτασης, που πρέπει να πραγματοποιηθεί περίπου την ..... (ημερομηνία)

8. Αρμόδιος φορέας

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....

.....

8.4 Σφραγίδα

8.5 Ημερομηνία: .....

8.6 Υπογραφή:

.....

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

([1]) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

([2]) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

([3]) Δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί για ανέργους, για τους οποίους έχει εκδοθεί έντυπο E 119.

([4]) Ο αρμόδιος φορέας μπορεί να σημειώσει εδώ τον τρόπο πληρωμής.

([5]) Όταν το έντυπο αυτό απευθύνεται σε γαλλικό, πολωνικό, ιταλικό ή ουγγρικό φορέα, το σημείο αυτό δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί.

([6]) Συμπληρώνεται από φορείς της Δανίας, της Γερμανίας, του Λουξεμβούργου, της Πολωνίας, της Ουγγαρίας ή της Σλοβακίας.

([7]) Συμπληρώνεται από φορείς της Γερμανίας, του Λουξεμβούργου, της Πολωνίας, της Σλοβακίας και της Ισπανίας.

([8]) Συμπληρώνεται μόνον στην περίπτωση που αναφέρεται στο σημείο 5.2.

([9]) Αναφέρατε το ποσό στο εθνικό νόμισμα.

([10]) Αναφέρατε το είδος της ιατρικής εξέτασης που ζητήθηκε (ακτινογραφία, ανάλυση κ.λπ.).

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 118 [ ] (1)

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ Ή ΤΗΣ ΛΗΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

Εάν το έντυπο αφορά εργαζόμενο ασφαλισμένο, ο φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής (ή ο αρμόδιος φορέας) εκδίδει δύο αντίγραφα του εντύπου, από τα οποία το ένα αποστέλλεται στον ίδιο τον ασφαλισμένο και το άλλο στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ή στο φορέα ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών της αρμόδιας χώρας (του τόπου κατοικίας ή διαμονής). Εάν το έντυπο αφορά άνεργο, απαιτείται η έκδοση, εκτός από τα δύο προηγούμενα αντίγραφα (από τα οποία το ένα προορίζεται για τον άνεργο προσωπικά), δύο επιπλέον αντιγράφων, από τα οποία το ένα αποστέλλεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στο φορέα της χώρας, στην οποία μετέβη ο άνεργος προς αναζήτηση εργασίας.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 2 σελίδες και από ένα παράρτημα 3 σελίδων.

1. Δικαιούχος:

1.1 Επώνυμο(-α): ..... Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....

1.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

1.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή διαμονής: .....

.....

1.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:

.....

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

2.1 Επωνυμία: .....

2.2 Κωδικός του φορέα: .....

2.3 Διεύθυνση: .....

.....

3. ☐ Τα στοιχεία που μας κοινοποιήθηκαν

☐ Η εξέταση που πραγματοποιήθηκε από τον ιατρό μας την ..... (ημερομηνία) δείχνει ότι

3.1 ☐ είσθε μόνον μερικώς ανίκανος προς εργασία

3.2 ☐ δικαιούσθε μερικώς παροχές σε χρήμα που ανέρχονται σε ..... (2)
από ..... (ημερομηνία)

3.3 ☐ είσθε ικανός προς εργασία

3.4 ☐ η ανικανότητά σας προς εργασία έληξε την ..... (3)

3.5 ☐ Η τελευταία ημέρα, για την οποία θα σας καταβληθούν παροχές σε χρήμα είναι η .....

3.6 ☐ Ο αρμόδιος φορέας θα καθορίσει την τελευταία ημέρα, για την οποία θα σας καταβληθούν παροχές σε χρήμα

3.7 ☐ Δεν δικαιούσθε παροχές σε χρήμα, διότι .....

.....

.....

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

4.1 Επωνυμία: .....

4.2 Κωδικός του φορέα: .....

4.3 Διεύθυνση: .....

.....

4.4 Σφραγίδα

4.5 Ημερομηνία: .....

4.6 Υπογραφή:

.....

▼M11

E 118

Πληροφορίες για τον μισθωτό, τον αυτοτελώς απασχολούμενο ή τον άνεργο

Εάν διαφωνείτε με την απόφαση, η οποία σας κοινοποιείται με το παρόν έντυπο, έχετε δικαίωμα ένστασης. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες ένστασης παρέχονται στο παράρτημα. Για τις διαδικασίες και τις προθεσμίες ένστασης, πρέπει να ακολουθήσετε τις οδηγίες που αφορούν στο αρμόδιο κράτος.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λετονία LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία CH = Ελβετία.

(2) Αυτή η πληροφορία παρέχεται μόνον σε περίπτωση που το έντυπο συμπληρώνεται από τον αρμόδιο φορέα. Σημειώσατε εάν οι παροχές χορηγούνται ημερησίως, εβδομαδιαίως ή μηνιαίως.

(3) Σημειώσατε την τελευταία ημέρα της ανικανότητας προς εργασία.

▼M11

Ε 118 Παράρτημα

ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΜΙΕΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ

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

1. Βέλγιο

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε ένσταση γραπτώς με ημερομηνία και υπογραφή, που πρέπει να κατατεθεί ή να αποσταλεί με συστημένη επιστολή στον γραμματέα του αρμόδιου εργατικού δικαστηρίου εντός προθεσμίας τριών μηνών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της απόφασης.

Αρμόδια δικαστήρια εργασίας, είναι:

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

β) εάν δεν κατοικείτε ή δεν κατοικείτε πλέον στο Βέλγιο, το εργατικό δικαστήριο της περιοχής που βρισκόταν η τελευταία κατοικία σας ή η τελευταία διαμονή σας στο Βέλγιο·

γ) εάν δεν είχατε κατοικία ή διαμονή στο Βέλγιο, το εργατικό δικαστήριο της περιοχής της τελευταίας απασχόλησής σας στο Βέλγιο.

2. Τσεχική Δημοκρατία

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε ένσταση στον αρμόδιο φορέα της Τσεχίας που αναφέρεται στα πλαίσια 2 ή 4 του εντύπου εντός τριών ημερών από την παραλαβή της κοινοποίησής της. Η μέθοδος και η καταληκτική προθεσμία για την υποβολή ένστασης αναφέρονται στην απόφαση.

3. Δανία

Εάν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση, εντός τεσσάρων εβδομάδων από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης, στο Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget (Συμβούλιο εφετών για κοινωνικά θέματα, Επιτροπή ημερησίων παροχών σε χρήμα), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Copenhagen K.

4. Γερμανία

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

Επωνυμία .....
Διεύθυνση
.....
.....

5. Εσθονία

Εάν επιθυμείτε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση, εντός 30 ημερών στο Eesti Haigekassa, Lembitu 10, Ταλλίν 10114

6. Ελλάδα

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε, εντός 30 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησής της, να υποβάλετε ένσταση, στο:

Επωνυμία .....
Διεύθυνση
.....
.....

7. Ισπανία

Μπορείτε να υποβάλετε ένσταση κατά της συνημμένης απόφασης, εντός 30 εργασίμων ημερών από την ημερομηνία της κοινοποίησής της, στον κατωτέρω φορέα:

Επωνυμία .....
Διεύθυνση
.....
.....

8. Γαλλία

Εάν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα εντός δύο μηνών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης να υποβάλετε ένσταση στον αρχίατρο του κατωτέρω τοπικού ταμείου ασφάλισης ασθένειας.

Επωνυμία .....
Διεύθυνση
.....
.....

9. Ιρλανδία

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

▼M11

Ε 118 Παράρτημα

10. Ιταλία

Αποφάσεις του INPS (ασθένεια και μητρότητα)

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

Επιπλέον, ο ενδιαφερόμενος δύναται να ασκήσει προσφυγή εντός ενός έτους από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης της επιτροπής ή μετά την πάροδο 90 ημερών από την υποβολή της ένστασης, εάν η επιτροπή δεν έχει λάβει ακόμη απόφαση.

Αποφάσεις του INAIL (εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες)

Ο ασφαλισμένος που θέλει να προσβάλει απόφαση του INAIL, μπορεί, εντός 60 ημερών από την παραλαβή της κοινοποίησης που του διαβιβάστηκε, να γνωστοποιήσει στο INAIL, με συστημένη επιστολή και απόδειξη αποστολής ή παραλαβής, τους λόγους που τον κάνουν να θεωρεί την απόφαση αδικαιολόγητη. Σε περίπτωση μόνιμης ανικανότητας προς εργασία, πρέπει να αναφέρει το ποσό του επιδόματος, το οποίο θεωρεί, ότι δικαιούται. Πάντως, στην επιστολή ένστασης πρέπει να επισυναφθεί ιατρικό πιστοποιητικό που θα περιέχει στοιχεία προς υποστήριξη του αιτήματός του.

Εάν ο ενδιαφερόμενος δεν λάβει απάντηση εντός 60 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής με το αποδεικτικό που αναφέρεται στο προηγούμενο εδάφιο, ή λάβει απάντηση που δεν θεωρεί ικανοποιητική, έχει δικαίωμα να προσφύγει στο δικαστήριο κατά του INAIL.

Η επιστολή, στην οποία καθορίζονται οι λόγοι, για τους οποίους ο ασφαλισμένος δεν συμφωνεί με μία απόφαση του INAIL μπορεί να υποβληθεί στο INAIL είτε απευθείας είτε μέσω του φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής.

11. Κύπρος

Εάν δεν είσθε ικανοποιημένος με τη συνημμένη απόφαση, έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εντός 15 ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης. Εάν δεν ικανοποιηθείτε από την απόφαση του Υπουργού, έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στο Ανώτατο Δικαστήριο εντός 75 ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης του Υπουργού.

12. Λεττονία

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε εντός ενός μηνός από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησής της, να υποβάλετε ένσταση, στο

Επωνυμία .....
Διεύθυνση
.....
.....

13. Λιθουανία

Εάν επιθυμείτε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στη επιτροπή διοικητικών διαφορών εντός ενός μηνός από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της εν λόγω απόφασης.

14. Λουξεμβούργο

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε ένσταση κατ' αρχήν στο Conseil arbitral des assurances sociales, εντός 40 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της απόφασης.

15. Ουγγαρία

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για τη λήψη απόφασης από τον αρμόδιο ουγγρικό φορέα (πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118). Κατά της απόφασης του αρμόδιου φορέα μπορείτε να υποβάλετε ένσταση εντός 15 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της απόφασης.

16. Μάλτα

Εάν επιθυμείτε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στο Υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλειας (Βαλέττα) εντός 30 ημερών από την ημερομηνία της απόφασης.

17. Κάτω Χώρες

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να ζητήσετε από τον αρμόδιο ολλανδικό φορέα, που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118, την έκδοση απόφασης, κατά της οποίας μπορεί να ασκηθεί ένσταση εντός εύλογης προθεσμίας. Στην απόφαση αυτή προσδιορίζονται τα ένδικα μέσα και οι προθεσμίες προσφυγής.

18. Αυστρία

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

19. Πολωνία

Εάν δεν είστε ικανοποιημένος από τη συνημμένη απόφαση, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε αίτηση για έκδοση απόφασης στο Zaklad Ubezpieczen Spolecznych – ZUS (Φορέας κοινωνικής ασφάλισης) με κατά τόπο αρμοδιότητα στην έδρα του εργοδότη, και σε περίπτωση αγροτών στο περιφερειακό υποκατάστημα του Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego – KRUS (Ταμείο αγροτικής κοινωνικής ασφάλισης). Στο εν λόγω υποκατάστημα θα εκδοθεί απόφαση ως προς το δικαίωμα χορήγησης παροχών και θα ενημερωθείτε σχετικά με τις δυνατότητες ένστασης κατά της απόφασης.

20. Πορτογαλία

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε:

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

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

▼M11

Ε 118 Παράρτημα

21. Σλοβενία

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση, μπορείτε να ασκήσετε αγωγή στο δικαστήριο εργασιακών και κοινωνικών υποθέσεων στην Λουμπλιάνα, Komenskega 7, εντός 30 ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

22. Σλοβακία

Εάν δεν συμφωνείτε με τις πληροφορίες και εάν δεν έχει εκδοθεί απόφαση για την υπόθεση αυτή μέχρι τώρα, μπορείτε να ζητήσετε από το αρμόδιο υποκατάστημα του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης να εκδώσει τη σχετική απόφαση. Μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στα κεντρικά γραφεία του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης εντός 15 ημερών μετά την παραλαβή της απόφασης που εκδόθηκε από το τοπικό υποκατάστημα. Η απόφαση των κεντρικών γραφείων του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης στο θέμα των παροχών είναι οριστική· ωστόσο εντός δύο μηνών μετά την παραλαβή της μπορείτε να ασκήσετε προσφυγή κατά της απόφασης στο αρμόδιο περιφερειακό δικαστήριο.

Για άλλα θέματα, εκτός των παροχών, μπορείτε να προσφύγετε σε ένδικα μέσα κατά της απόφασης των κεντρικών γραφείων του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης εντός 30 ημερών από την παραλαβή της ενώπιον του αρμόδιου περιφερειακού γραφείου. Η διεύθυνση των κεντρικών γραφείων του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης είναι: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Φινλανδία

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

24. Σουηδία

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

25. Ηνωμένο Βασίλειο

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

26. Ισλανδία

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

27. Λιχτενστάιν

α) Όσον αφορά στην ασφάλιση ασθενείας: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός ταμείου ασφάλισης ασθενείας, μπορείτε να ζητήσετε την έκδοση επίσημης απόφασης, η οποία αφενός μεν πρέπει να είναι αιτιολογημένη, αφετέρου δε πρέπει να παρέχει πληροφορίες σχετικά με το νομικό πλαίσιο. Εντός 60 ημερών από την παραλαβή της εν λόγω επίσημης απόφασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ασκήσουν αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής

β) Όσον αφορά την ασφάλιση ατυχημάτων: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να υποβάλετε στον εν λόγω φορέα αίτηση επανεξέτασης της απόφασης.
Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε επίσης, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να ασκήσετε αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής. Αυτό ισχύει επίσης και για την απόφαση του εν λόγω φορέα επί της προαναφερόμενης αίτησης επανεξέτασης.

28. Νορβηγία

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

29. Ελβετία

Εάν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση στο φορέα εντός 30 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της απόφασης. Στην απόφαση σχετικά με την ένσταση διευκρινίζονται τα ένδικα μέσα και η περίοδος για την υποβολή της ένστασης.

▼**M10**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 119 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΝΕΡΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

(Το έντυπο πρέπει να δοθεί στον άνεργο από τον αρμόδιο φορέα ή να σταλεί στον φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής, αν έχει εκδοθεί ύστερα από αίτηση αυτού του τελευταίου.)

Πληροφορίες σχετικά με τον δικαιούχο

1. Επώνυμο(-α): ☐☐

2. Όνομα (-τα): ☐☐

3. Ημερομηνία γέννησης: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

4. Αριθμός ταυτότητας (2): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5 Διεύθυνση στη χώρα, όπου ο ενδιαφερόμενος ζητά απασχόληση: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Πληροφορίες σχετικά με τον φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής (3)

6. Επωνυμία: ☐☐☐

7. Κωδικός αριθμός: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Διεύθυνση: ☐☐☐

9. Σχετικό έντυπό σας ☐ Ε 107 της ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ Ε 115 της ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. Ο προαναφερθείς ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα για παροχές σε χρήμα

10.1 ☐ για τον ίδιο

10.2 ☐ για τα μέλη της οικογένειάς του

▼**M10**

11. Σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία, οι παροχές σε χρήμα είναι δυνατόν να χορηγηθούν

11.1 ☐ για χρονική περίοδο που δεν υπερβαίνει εκείνη που έχει οριστεί για το δικαίωμα σε παροχές ανεργίας

11.2 ☐ για τις περιπτώσεις ασθένειας που εκδηλώθηκαν μέχρι και την ☐☐/☐☐/☐☐☐☐,

για χρονικό διάστημα ☐☐ ημερών ☐☐ εβδομάδων.

12. Οι ανωτέρω χρηματικές παροχές θα καταβληθούν

12.1 ☐ από μας

12.2 ☐ από σας, για λογαριασμό μας.

13. Η παροχή πρέπει να χορηγείται

13.1 ☐ για τις ίδιες ημέρες της εβδομάδας που προβλέπονται και στην ασφάλιση ανεργίας

13.2 ☐ για κάθε ημέρα της εβδομάδας, εκτός από ☐ Δευτέρα ☐ Τρίτη ☐ Τετάρτη ☐ Πέμπτη ☐ Παρασκευή ☐ Σάββατο ☐ Κυριακή.

14. Το καθαρό ημερήσιο ποσό της ανωτέρω παροχής ([4])

14.1. ☐ είναι ίσο με εκείνο της ασφάλισης ανεργίας

14.2. ☐ ανέρχεται σε................................., εάν ο ασφαλισμένος δεν έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο,

ή σε ...., εάν ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο.

Πληροφορίες σχετικά με τον αρμόδιο φορέα

15. Επωνυμία: ☐☐

16. Κωδικός αριθμός: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Διεύθυνση: ☐☐

18. Σφραγίδα:

19. Ημερομηνία: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

20. Υπογραφή:

▼**M10**

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με τυπογραφικούς χαρακτήρες

Πληροφορίες για τον άνεργο:

Για να εισπράξετε τις παροχές σε χρήμα για εσάς τον ίδιο, σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία ή νοσηλείας, πρέπει να υποβάλετε (εκτός εάν βρίσκεστε στις Κάτω Χώρες) τα προαναφερθέντα έντυπα καθώς και μια βεβαίωση ανικανότητας για εργασία από τον θεράποντα γιατρό σας, στον ακόλουθο φορέα:

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

στην **Δανία**, στην τοπική «kommunekantoret pa opholdsstedet» (Υπηρεσία τοπικής αυτοδιοίκησης του τόπου διαμονής),

στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας**, στο Ταμείο Ασθένειας της επιλογής σας,

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

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

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

στην **Ιρλανδία**, στο «department of Social and Family Affairs» (Υπουργείο Κοινωνικών και Οικογενειακών Υποθέσεων),

στην **Ιταλία**, στην «Azienda sanitaria locale» (ASL) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή,

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

στις **Κάτω Χώρες**, πρέπει να δηλώσετε την ανικανότητά σας για εργασία στο «het Uitvoering werknemersverzekeringen (UWV)» (Υπηρεσία Διεκπεραίωσης της Ασφάλισης Μισθωτών),

στην **Πορτογαλία**, **για το ηπειρωτικό τμήμα**, στο «Instituto de Solidaridade e Seguranca Social – Centro Distrital de Solidaridade et Seguranca Social» (Περιφερειακό κέντρο κοινωνικής ασφάλισης)· **για τη Μαδέρα**, στο «Centro de Segurança Social da Madeira» (Κεντρική Υπηρεσία κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας) στο Funchal· **για τις Αζόρες**, στο «Centro de Prestaçoes Pecunarias» (Κεντρική Υπηρεσία Χρηματικών Παροχών) στην Angra do Heroísmo,

στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, στο «Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle on Tyne» (Υπηρεσία Εργασίας και Συντάξεων, Κέντρο Διεθνών Συντάξεων) στο Νιούκαστλ ή για την Βόρεια Ιρλανδία στο «Department for Social Development, Overseas Benefits Unit, Block 2, Castle Buildings» (Υπηρεσία Κοινωνικής Ανάπτυξης, Τμήμα Παροχών Εξωτερικού) στο Μπέλφαστ,

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

στη **Φινλανδία**, στο τοπικό γραφείο του «Kansaneläkelaitos» (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων),

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

στο **Λιχτενστάιν**, στο «Amt für Volkswirtschaft» (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο Βαντούζ,

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

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

στην **Ελβετία**, στο «Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG» (Κοινό ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης, δυνάμει του ομοσπονδιακού νόμου ασφάλισης ασθένειας), στην πόλη Solothurn,

στην **Τσεχική Δημοκρατία**, σε ένα Ταμείο Ασφάλισης Ασθένειας της επιλογής σας στον τόπο διαμονής,

στη **Λεττονία**, στο «Valsts socialas apdrosinasanas agentura» (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων),

στη **Λιθουανία**, στο «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai» (Περιφερειακά παραρτήματα του Κρατικού Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων),

στη **Σλοβακία**, στο «Socidlna poist'ovna» (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στη Bratislava,

στην **Εσθονία** στο «Eesti Haigekassa» (Εσθονικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων),

στη **Μάλτα**, στο «department of Social Security», στη Βαλλέττα,

στην **Πολωνία**, «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP),

στην **Ουγγαρία**, στο τοπικά αρμόδιο «Megyei Egeszsegbiztositasi Penztar» (επαρχειακό γραφείο ασφάλισης ασθένειας),

στη **Σλοβενία**, στην αρμόδια περιφερειακή μονάδα του «Zavod za zdravstveno zavarovanije Slovenije (ZZZS)» (Ίδρυμα Ασφάλισης Ασθένειας της Σλοβενίας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής,

στην **Κύπρο**, στο Υπουργείο Υγείας.

▼**M10**

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο, DK = Δανία, DE = Γερμανία, GR = Ελλάδα, ES = Ισπανία, FR = Γαλλία, IE = Ιρλανδία, LU = Λουξεμβούργο, FI = Φινλανδία, SE = Σουηδία, IT = Ιταλία, NL = Κάτω Χώρες, AT = Αυστρία, PT = Πορτογαλία, UK = Ηνωμένο Βασίλειο, NO = Νορβηγία, IS = Ισλανδία, LI = Λιχτενστάιν, CZ= Τσεχική Δημοκρατία, CY = Κύπρος, EE= Εσθονία, LV = Λεττονία, LT = Λιθουανία, HU = Ουγγαρία, MT = Μάλτα, PL = Πολωνία, SI = Σλοβενία, SK = Σλοβακία, CH = Ελβετία.

(2) Εάν το μέλος της οικογένειας δεν διαθέτει αριθμό ταυτότητας, να αναφερθεί ο αριθμός ταυτότητας του ατόμου, από τον οποίο γεννώνται τα δικαιώματα του ενδιαφερόμενου.

(3) Συμπληρώνεται, μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής.

(4) Συμπληρώνεται, μόνον όταν οι παροχές σε χρήμα πρέπει να χορηγηθούν από τον φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής.

▼M11

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 120 ☐ (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΓΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

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

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και εκδίδει δύο αντίγραφα για τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος πρέπει να τα υποβάλει στο φορέα του τόπου κατοικίας του. Μετά την παραλαβή των δύο αντιγράφων, ο φορέας του τόπου κατοικίας συμπληρώνει το μέρος Β και αποστέλλει ένα αντίγραφο στο φορέα που αναφέρεται στο πλαίσιο 6. Όπου απαιτείται, αμφότερα τα αντίγραφα πρέπει να αποσταλούν πρώτα στο φορέα, ο οποίος οφείλει να συμπληρώσει τα πλαίσια 5 και 6.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση του δικαιώματος

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
1.4 Σχετικό: το έντυπό σας E 107 της .....

2. Αιτών σύνταξη

2.1 Επώνυμο(-α)(3): Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν):
.....
2.2 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:
....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....
.....
2.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....

3. Συμπληρώνεται από το φορέα, στον οποίο έχει υποβληθεί αίτηση για σύνταξη

3.1 Ο ανωτέρω αιτών υπέβαλε την .....
αίτηση για σύνταξη
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ επιζώντων
☐ εργατικού ατυχήματος ☐ επαγγελματικής ασθένειας
3.2 ☐ Από την εξέταση της αίτησης προκύπτει, ότι ο ενδιαφερόμενος δικαιούται σύνταξη από το φορέα μας.

4. Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 3

4.1 Επωνυμία: .....
4.2 Κωδικός του φορέα: .....
4.3 Διεύθυνση: .....
.....
4.4 Σφραγίδα 4.5 Ημερομηνία: .....
4.6 Υπογραφή:
.....

▼**M11**

E 120

5. Συμπληρώνεται από το φορέα, στον οποίο υποβλήθηκε η αίτηση για σύνταξη, ή από το φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της χώρας, στην οποία υποβλήθηκε η αίτηση αυτή

5.1 Κωδικός του φορέα εξέτασης της αίτησης: .....

5.2 Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του δικαιούνται παροχές σε είδος από την ασφάλιση ασθένειας και μητρότητας

5.3 ☐ από ..... έως την ακύρωση της παρούσας βεβαίωσης

5.4 ☐ για ένα έτος με έναρξη την ..... (ημερομηνία)

6. Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 5

6.1 Επωνυμία: .....

6.2 Κωδικός του φορέα: .....

6.3 Διεύθυνση: .....

.....

6.4 Σφραγίδα

6.5 Ημερομηνία: .....

6.6 Υπογραφή:

.....

Β. Γνωστοποίηση εγγραφής ή μη εγγραφής

7. ☐ (4)

7.1 Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του δεν μπορούσαν να εγγραφούν λόγω

.....

.....

8. ☐ (4)

8.1 Το πρόσωπο που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν εγγραφεί την

..... (ημερομηνία)

9. Εγγεγραμμένα μέλη οικογένειας

	9.1 Επώνυμο(-α) (3)	Όνομα(-τα)	Φύλο Θ	Φύλο Α	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10. Φορέας του τόπου κατοικίας

10.1 Επωνυμία: .....

10.2 Κωδικός του φορέα: .....

10.3 Διεύθυνση: .....

.....

10.4 Σφραγίδα

10.5 Ημερομηνία: .....

10.6 Υπογραφή:

.....

▼M11

E 120

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

α) *Η παρούσα βεβαίωση παρέχει σε σας και στα μέλη της οικογένειάς σας το δικαίωμα για παροχές σε είδος, σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας στη χώρα της κατοικίας σας.*

β) *Οφείλετε να υποβάλετε, το συντομότερο δυνατόν, τα δύο αντίγραφα της παρούσας βεβαίωσης που κατέχετε, σε έναν από τους ασφαλιστικούς φορείς που αναφέρονται κατωτέρω:*

στο **Βέλγιο**, *στο mutualité (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας,*

στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *στο Zdravotní pojišťovna (Ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας,*

στην **Κύπρο**, *στο Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health, 1448 Lefkosia). Ύστερα από αίτηση, ο ενδιαφερόμενος εφοδιάζεται με την κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν μπορούν να του χορηγηθούν παροχές σε είδος από τους κρατικούς ιατρικούς φορείς,*

στη **Δανία**, *στην αρχή της τοπικής αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας,*

στη **Γερμανία**, *στην Krankenkasse (ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας,*

στην **Ελλάδα**, *κατά γενικό κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) που εκδίδει για τον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος,*

στην **Ισπανία**, *στην Direccisn Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Περιφερειακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή διαμονής. Εάν ζητάτε παροχές, μπορείτε να απευθυνθείτε στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του συστήματος υγείας της ισπανικής κοινωνικής ασφάλισης. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού,*
στην **Εσθονία**, *στο Eesti Haigekassa (Ταμείο ασφάλισης ασθένειας),*

στη **Γαλλία**, *στο Caisse primaire d'assurance-maladie (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας),*

στην **Ιρλανδία**, *στην Health Board» (Υπηρεσία υγείας) στην περιοχή που ζητείται η παροχή,*

στην **Ιταλία**, *στην Azienda sanitaria locale (ASL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια για την περιοχή,*

στη **Λεττονία**, *στο Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Κρατικός οργανισμός υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας),*

στη **Λιθουανία,** *στο Teritoriné ligoniu kasa (Περιφερειακό ταμείο ασθενών)· η παροχή ιατρικών υπηρεσιών διατίθενται χωρίς εκ των προτέρων επαφή με το φορέα,*

στο **Λουξεμβούργο**, *στο Caisse de maladie des ouvriers (Ταμείο ασθένειας εργατών),*

στην **Ουγγαρία**, *στο αρμόδιο Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθένειας),*

στη **Μάλτα**, *στο Υπουργείο Υγείας, Βαλέττα,*

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

στην **Αυστρία**, *στο Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) το αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας,*

στην **Πολωνία**, *στο περιφερειακό υποκατάστημα του Narodowy Fundusz Zdrowia (Εθνικό ταμείο υγείας), το αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας,*
στην **Πορτογαλία, για το ηπειρωτικό τμήμα**, *στο«Centro Regional de Seguranηa Social (Περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας, στη* ***Μαδέρα***, *στο Centro de Segurança Social da Madeira (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας), Funchal και για τις* ***Αζόρες:*** στο *Centro de Prestações Pecuniárias (Κέντρο χρηματικών παροχών) του τόπου κατοικίας,*

στη **Σλοβενία**, *στην αρμόδια περιφερειακή υπηρεσία του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Φορέας ασφάλισης ασθένειας της Σλοβενίας),*

στη **Σλοβακία**, *στο zdravotná poist"ovňa (Εταιρεία ασφάλισης υγείας) της επιλογής του ασφαλισμένου,*

στη **Φινλανδία**, *στο τοπικό γραφείο του Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων),*

στη **Σουηδία**, *στο försäkringskassan (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Παροχή ιατρικών υπηρεσιών (νοσοκομείο, ιατρός, οδοντίατρος κ.λπ.) μπορεί να ζητηθεί χωρίς εκ των προτέρων επαφή με το φορέα,*

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

στο **Λιχτενστάιν**, *στο Amt für Volkswirtschaft (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στο Βαντούζ,*

στη **Νορβηγία**, *στο Lokale trygde kontor» (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας,*

στην **Ελβετία**, *στο Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG (Κοινό ασφαλιστικό ίδρυμα βάσει του συνομοσπονδιακού νόμου περί ασφάλισης ασθένειας), Solothurn.*

γ) *Οφείλετε να ειδοποιήσετε τον ασφαλιστικό φορέα, στον οποίο θα κατατεθεί το έντυπο, για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος, όπως η καταβολή της σύνταξης που ζητήσατε ή η αλλαγή του τόπου κατοικίας ή διαμονής είτε της δικής σας είτε μέλους της οικογένειάς σας.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

([1]) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

([2]) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτηση του φορέα του τόπου κατοικίας. Εάν ο αιτών σύνταξη κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, και τα δύο αντίγραφα του εντύπου πρέπει να αποστέλλονται απευθείας στο Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού), στο Newcastle-upon-Tyne.

([3]) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

([4]) Συμπληρώσατε το πλαίσιο 7 ή 8, ανάλογα με την περίπτωση, και σημειώσατε σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 121 [ ] (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΛΟΓΩΝ

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

Ο φορέας που οφείλει να εκδώσει τη βεβαίωση, σύμφωνα με το άρθρο 29.2 ή το άρθρο 30.1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και εκδίδει δύο αντίγραφα για τον συνταξιούχο ή το μέλος της οικογένειάς του ή τα αποστέλλει στο φορέα του τόπου κατοικίας, εάν ο τελευταίος είχε ζητήσει την έκδοση του εντύπου. Όπου απαιτείται, και τα δύο αντίγραφα αποστέλλονται πρώτα στο φορέα που οφείλει να συμπληρώσει τα πλαίσια 6 και 8. Μετά την παραλαβή των δύο αντιγράφων, ο φορέας του τόπου κατοικίας πρέπει να συμπληρώσει το μέρος Β και να αποστείλει ένα αντίγραφο ανά συνταξιούχο ή μέλος οικογένειας στον φορέα που αναφέρεται στο πλαίσιο 8.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση του δικαιώματος

1. Φορέας του τόπου κατοικίας (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
1.4 Σχετικό: το έντυπό σας E 107 της .....

2. Συνταξιούχος

2.1 Επώνυμο(-α) (3): ..... Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....
2.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....
.....
2.4 Ημερομηνία μεταφοράς της κατοικίας: .....
2.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....
2.6 Ο συνταξιούχος υπήρξε
☐ μισθωτός
☐ αυτοτελώς απασχολούμενος
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
☐ άνεργος

3. Συμπληρώνεται από τον φορέα που είναι υπεύθυνος για την καταβολή της σύνταξης

3.1 Ο ανωτέρω ενδιαφερόμενος δικαιούται σύνταξη
☐ γήρατος ☐ αναπηρίας ☐ επιζώντων
☐ εργατικού ατυχήματος ☐ επαγγελματικής ασθένειας
3.2 Από την: .....

4. Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 3 (4)

4.1 Επωνυμία: .....
4.2 Κωδικός του φορέα: .....
4.3 Διεύθυνση: .....
.....
4.4 Σφραγίδα 4.5 Ημερομηνία: .....
4.6 Υπογραφή:
.....

▼M11

E 121

5. Μέλος της οικογένειας του συνταξιούχου

5.1 Επώνυμο(-α)(3): Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν)(3):

.....

5.2 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:

....

5.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας: .....

.....

5.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....

5.5 Ημερομηνία μεταφοράς της κατοικίας: .....

.....

6. Συμπληρώνεται από τον φορέα που είναι υπεύθυνος για την καταβολή της σύνταξης ή από τον φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της χώρας, η οποία είναι υπεύθυνη για την καταβολή της σύνταξης(5)

6.1 Κωδικός του φορέα εξέτασης: .....

6.2 ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 5

δικαιούται παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος από την .....

6.3 Το κόστος των παροχών που χορηγούνται στην χώρα κατοικίας –εκτός εάν ο ενδιαφερόμενος κατοικεί στην αρμόδια χώρα– επιβαρύνουν το φορέα μας

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

6.5 ☐ για ένα έτος με έναρξη την ..... (6)

6.6 ☐ η παρούσα βεβαίωση ακυρώνει το έντυπο E ..... με ημερομηνία .....

7. ☐ Παρακαλούμε να επιστρέψετε την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας του αναφερόμενου στο πλαίσιο 2 ή 5 προσώπου, η οποία φέρει το λογικό αριθμό

..... Και ισχύει έως την .....

8. Φορέας που συμπλήρωσε το πλαίσιο 6(4)

8.1 Επωνυμία: .....

8.2 Κωδικός του φορέα: .....

8.3 Διεύθυνση: .....

.....

8.4 Σφραγίδα 8.5. Ημερομηνία: .....

8.6. Υπογραφή:

.....

Β. Γνωστοποίηση της εγγραφής ή μη εγγραφής

9. ☐ (7)

9.1 ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 5

δεν μπορούσε να εγγραφεί

9.2 ☐ επειδή δικαιούται ήδη παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας της χώρας μας

9.3 ☐ άλλοι λόγοι: .....

.....

.....

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2

☐ Ο ενδιαφερόμενος που αναφέρεται στο πλαίσιο 5

έχει εγγραφεί

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

11. Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας

11.1 ☐ Επισυνάπτουμε την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας με λογικό αριθμό ..... , όπως ζητήθηκε στο σημείο 7

11.2 ☐ Παρακαλούμε υποδείξατε τα μέτρα, τα οποία πρέπει να εφαρμοσθούν σχετικά με την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας, η οποία για το αναφερόμενο στο πλαίσιο 2 ή 5 πρόσωπο, φέρει τον λογικό αριθμό ..... Και ισχύει μέχρι την .....

12. Φορέας του τόπου κατοικίας του συνταξιούχου ή του μέλους οικογένειας

12.1 Επωνυμία: .....

12.2 Κωδικός του φορέα: .....

12.3 Διεύθυνση: .....

.....

12.4 Σφραγίδα

12.5 Ημερομηνία: .....

12.6 Υπογραφή:

.....

Πληροφορίες για τον συνταξιούχο ή το μέλος οικογένειας

Οφείλετε να αποστείλετε, το συντομότερο δυνατόν, τα δύο αντίγραφα του παρόντος εντύπου, σε έναν από τους ακόλουθους ασφαλιστικούς φορείς:

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

στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *στο Zdravotní pojišťovna (ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας·*

στην **Κύπρο**, *στο Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health, 1448 Lefkosia). Ύστερα από αίτηση, ο ενδιαφερόμενος εφοδιάζεται με την κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν μπορούν να του χορηγηθούν παροχές σε είδος από τους κρατικούς ιατρικούς φορείς·*

στη **Δανία**, *στην αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας·*

στη **Γερμανία**, *στο Krankenkasse (ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας·*

στην **Ελλάδα**, *κατά γενικό κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) που εκδίδει για τον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία**, *στην Direccion Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social (Επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·*

στην **Εσθονία**, *στο Eesti Haigekassa, (Ταμείο ασφάλισης υγείας)·*

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

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

στην **Ιταλία**, *στην Azienda sanitaria locale (ASL) (Τοπική μονάδα διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια για την περιοχή·*

στη **Λεττονία**, *στο Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (κρατικός οργανισμός υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας)·*

στη **Λιθουανία**, *στο Teritorinė ligoniu kasa' (Περιφερειακό ταμείο ασθενών)·*

στο **Λουξεμβούργο**, *στο Caisse de maladie des ouvriers (Ταμείο ασθένειας εργατών)·*

στην **Ουγγαρία,** στο αρμόδιο Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·

στη **Μάλτα,** στην Entitlement Unit, Ministry of Health, 23 (Μονάδα δικαιωμάτων, υπουργείο Υγείας). St. John Street, Βαλέττα.

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

στην **Αυστρία**, *στο Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) του τόπου κατοικίας τους·*

στην **Πολωνία**, *στο περιφερειακό υποκατάστημα του Narodowy Fundusz Zdrowia (Εθνικό ταμείο υγείας, το αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας·*

στην **Πορτογαλία**, **για το ηπειρωτικό τμήμα**, *στο Centro Regional de Segurança Social (Περιφερειακό κέντρο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας· για τη* **Μαδέρα:** *στο Centro de Segurança Social da Madeira (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας), Funchal· για τις* **Αζόρες:** *στο Centro de Prestações Pecuniárias (Κέντρο χρηματικών παροχών) του τόπου κατοικίας·*

στη **Σλοβενία**, *στην αρμόδια περιφερειακή υπηρεσία του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Φορέας ασφάλισης ασθένειας της Σλοβενίας) του τόπου κατοικίας·*

στη **Σλοβακία**, *στην zdravotná poist'ovňa (Εταιρεία ασφάλισης υγείας) της επιλογής του ασφαλισμένου·*

στη **Φινλανδία**, *στο τοπικό γραφείο του Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων)·*

στη **Σουηδία**, *στο försäkringskassan (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·*

▼**M11**

E 121

στην **Ισλανδία**, *στο Tryggingastofnun rikisins (Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*
στο **Λιχτενστάιν**, *στο Amt für Volkswirtschaft (Υπουργείο εθνικής οικονομίας), στο Βαντού·*
στη **Νορβηγία**, *στο Lokale trygde kontor (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας·*
στην **Ελβετία**, *στο Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG (Κοινό ασφαλιστικό ίδρυμα βάσει του συνομοσπονδιακού νόμου περί ασφάλισης ασθένειας), Solothurn.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Συμπληρώνεται, μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας. Εάν ο συνταξιούχος ή το μέλος οικογένειας κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, και τα δύο αντίγραφα του εντύπου πρέπει να αποστέλλονται απευθείας στο Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre (Υπουργείο εργασίας και συντάξεων, υπηρεσία συντάξεων, διεθνές κέντρο σύνταξης), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(3) Συμπληρώσατε όλα τα επώνυμα κατά την σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Στην Ουγγαρία, το πλαίσιο αυτό συμπληρώνεται από το φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας.

(5) Στην Ιταλία, τα πλαίσια 6 και 8 συμπληρώνονται από το ASL ή το Υπουργείο Υγείας.

(6) Εάν το έντυπο εκδοθεί από φορέα της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Ουγγαρίας, της Ιταλίας ή της Πορτογαλίας και αφορά σε μέλος οικογένειας

(7) Συμπληρώσατε το πλαίσιο 9 ή 10, ανάλογα με την περίπτωση, και σημειώσατε σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο.

▼**M3**

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 123 [ ] (1)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 52.α)· άρθρο 55.1.α)i), β)ii) και γ)i)
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 60.1· άρθρο 62.4 και 6· άρθρο 63.1 και 3

Όταν το έντυπο έχει ζητηθεί με έντυπο E 107 από το φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής του ενδιαφερομένου, πρέπει να απευθύνεται σε αυτόν το φορέα· σε κάθε άλλη περίπτωση πρέπει να δίδεται στον ασφαλισμένο.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Φορέας του τόπου κατοικίας ή διαμονής (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
1.4 Σχετικό: έντυπό σας E 107 της .....

2. Ασφαλισμένος

2.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
2.2 Επώνυμο(-α) του γένους (εάν διαφέρουν): .....
2.3 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
2.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....
2.5 Ο ασφαλισμένος είναι
☐ μισθωτός
☐ αυτοτελώς απασχολούμενος
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
☐ άνεργος

3. Βάσει

3.1 ☐ των πληροφοριών που παρέχονται στο έντυπό σας E 107 της .....
3.2 ☐ του εργατικού ατυχήματος που επήλθε την .....
και είχε τις ακόλουθες συνέπειες:
.....
.....
.....
3.3 ☐ της επαγγελματικής ασθένειας που διαγνώσθηκε την .....
και είχε τις ακόλουθες συνέπειες:
.....
3.4 ☐ της έγκρισης που δώσαμε στον ενδιαφερόμενο να διατηρήσει το δικαίωμα για παροχές
σε είδος στην (στο) ..... (χώρα), όπου μεταβαίνει
☐ για να κατοικήσει ☐ για να υποβληθεί σε θεραπεία

▼**M11**

E 123

4. Ο ανωτέρω αναφερόμενος μπορεί να λάβει παροχές σε είδος
☐ για εργατικό ατύχημα ☐ για επαγγελματική ασθένεια

4.1 ☐ για τη χρονική περίοδο που προβλέπει η νομοθεσία της χώρας κατοικίας
4.2 ☐ από ..... ☐ έως.....
4.3 ☐ για μέγιστη περίοδο τριών μηνών
4.4 ☐ για απεριόριστο χρονικό διάστημα

5. Η έκθεση του ελεγκτή γιατρού μας

5.1 ☐ επισυνάπτεται σε σφραγισμένο φάκελο
5.2 ☐ απεστάλη την ..... προς([4]).....
.....
5.3 ☐ μπορεί να σας αποσταλεί, εάν μας ζητηθεί
5.4 ☐ δεν έχει συνταχθεί

6. Αρμόδιος φορέας

6.1 Επωνυμία: .....
6.2 Κωδικός του φορέα: .....
6.3 Διεύθυνση: .....
.....
6.4 Σφραγίδα 6.5 Ημερομηνία: .....
6.6 Υπογραφή:
.....

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

Οφείλετε να υποβάλετε, το συντομότερο δυνατόν, την παρούσα βεβαίωση στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας, στην οποία έχετε μεταβεί, δηλαδή:

στο **Βέλγιο,**

α) *στην περίπτωση παροχών σε είδος λόγω ασθένειας ή ατυχήματος εκτός εργασίας: στο mutualité (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθένειας) της επιλογής σας·*

β) *στην περίπτωση παροχών σε είδος λόγω επαγγελματικής ασθένειας: στο le Fonds des maladies professionnelles, 1210 Βρυξέλλες·*

στην **Τσεχική Δημοκρατία**, *στο αρμόδιο Zdravotní pojišťovna (Ταμείο ασφάλισης ασθένειας)·*

στην ***Κύπρο****, στο Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία. Ύστερα από αίτηση, ο ενδιαφερόμενος λαμβάνει την κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν μπορεί να λάβει παροχές σε είδος σε κρατικούς ιατρικούς φορείς·*

στη **Δανία,** *ιατρική ή οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται από γενικό ιατρό ή οδοντίατρο της δημόσιας υπηρεσίας υγείας. Άτομα που χρειάζονται επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη μπορούν να απευθυνθούν απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο·*

στη **Γερμανία,** *στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ατυχημάτων του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στην **Ελλάδα,** *κατά κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) που εκδίδει για τον ενδιαφερόμενο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος·*

στην **Ισπανία,** *στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του συστήματος υγείας που καλύπτεται από την ισπανική κοινωνική ασφάλιση. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο και φωτοαντίγραφο αυτού·*

στην **Εσθονία**, *στο Eesti Haigekassa (Ταμείο ασφάλισης υγείας)·*

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

στην **Ιρλανδία,** *στο Health Board (Υπηρεσία υγείας) στην περιοχή που ζητείται η παροχή·*

στην **Ιταλία,**

α) *για παροχές σε είδος στην ASL (Τοπική μονάδα της διοίκησης υγείας) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή· για τους ναυτικούς και το προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, στο Υπουργείο Δημόσιας Υγείας (Υπηρεσία υγείας για τη ναυτιλία ή την αεροπορία) που είναι αρμόδιο ανάλογα με την περιοχή·*

β) *για προθέσεις, μεγάλες συσκευές, ιατροδικαστικές παροχές και ιατρικές εξετάσεις ή πιστοποιητικά, στην επαρχιακή έδρα του Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης κατά εργατικών ατυχημάτων - INAIL)·*

▼**M11**

E 123

στη **Λεττονία,** *στη Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Κρατική υπηρεσία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας)·*

στη **Λιθουανία,** *στην Teritorinė ligoniu kasa (Τοπικό ταμείο ασθενείας). Μπορεί να ζητηθεί ιατρική περίθαλψη χωρίς προηγούμενη επαφή με το φορέα·*

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

στην **Ουγγαρία**, *στο αρμόδιο Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας)·*

στη **Μάλτα,** *στην Entitlement Unit, 23 St. John Street, Valletta, CMR02.*

στις **Κάτω Χώρες,** *σε κάθε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας ή, σε περίπτωση διαμονής, στην Agis zorgverzekeringen (Ένωση γενικής αμοιβαίας ασφάλισης ασθενείας), στην Ουτρέχτη. Ιατροφαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να παρέχεται, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επαφή με την Agis zorgverzekeringen·*

στην **Αυστρία,** *στο Gebietskrankenkasse (περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή στον Allgemeine Unfallv ersicherungsanstalt (Οργανισμός ασφάλισης γενικών ατυχημάτων), στη Βιέννη·*

στην **Πολωνία,** *στο περιφερειακό παράρτημα του Narodowy Fundusz Zdrowia (Εθνικό ταμείο υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο διαμονής·*

στην **Πορτογαλία,** *στο Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (Εθνικό κέντρο προστασίας έναντι επαγγελματικών κινδύνων), στη Λισσαβόνα·*

στη **Σλοβενία**, *στην αρμόδια περιφερειακή υπηρεσία του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Ίδρυμα ασφάλισης ασθενείας της Σλοβενίας) στον τόπο κατοικίας ή διαμονής·*

στη **Σλοβακία,** *στην zdravotná poist'ovňa (Εταιρεία ασφάλισης υγείας) της επιλογής του ασφαλισμένου·*

στη **Φινλανδία,** *στην Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto (Ομοσπονδία ιδρυμάτων ασφάλισης ατυχημάτων)·*

στη **Σουηδία,** *στο försäkringskassan (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρό, οδοντίατρο κ.λπ.) μπορεί να παρέχεται, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επαφή με τον εν λόγω φορέα·*

στο **Ηνωμένο Βασίλειο,** *στην υγειονομική υπηρεσία (ιατρό, οδοντίατρο, νοσοκομείο κ.λπ.) που παρέχει περίθαλψη·*

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

στο **Λιχτενστάιν,** *στο Amt für Volkswirtschaft (Υπουργείο εθνικής οικονομίας)·*

στη **Νορβηγία,** *στο lokale trygdekontor (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων). Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας μπορεί να παρέχεται, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία με τον εν λόγω φορέα·*

στην **Ελβετία,** *στο Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio (Εθνικό ταμείο ασφάλισης ατυχημάτων της Ελβετίας), στη Λουκέρνη. Η περίθαλψη από υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο, ιατρό, φαρμακοποιό) μπορεί να παρέχεται, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επαφή με τον εν λόγω φορέα.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασφαλισμένου. Εάν ο ασφαλισμένος μεταβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντίγραφο του εντύπου πρέπει επίσης να αποσταλεί στο Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Επωνυμία και διεύθυνση του φορέα, στον οποίο έχει αποσταλεί η ιατρική έκθεση.

▼M11

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E □□□ [ ] (1)

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 65
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 78

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Ο υπογεγραμμένος:

1.1 Επώνυμο(-α) (2): ..... Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....

1.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

1.3 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....

1.4 Φορέας στον οποίο είμαι ασφαλισμένος (3) (4): .....
.....

1.5 Βαθμός συγγένειας με τον θανόντα: .....

1.6 Διεύθυνση: .....
.....
.....

2. ζητώ να μου χορηγηθεί επίδομα λόγω θανάτου του (5)

3.

3.1 Επώνυμο(-α): ..... Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....

3.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

3.3 Αριθμός μητρώου ασφάλισης: .....

3.4 Ημερομηνία θανάτου: .....

3.5 Αιτία θανάτου:

☐ ασθένεια ☐ ατύχημα ☐ εργατικό ατύχημα

☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ ενέργεια τρίτου ☐ άλλη αιτία

3.6 Φορέας στον οποίο ήταν ασφαλισμένος ο θανών (3) (4): .....
.....

4. Ο αιτών ☐ ήταν ☐ δεν ήταν συντηρούμενος από τον θανόντα

5. Ο θανών ☐ ήταν ☐ δεν ήταν συντηρούμενος από εμένα

6. Ο θανών ☐ ήταν ☐ δεν ήταν φιλοξενούμενος έναντι αμοιβής

☐ από τον αιτούντα

☐ σε ίδρυμα, στο οποίο ο αιτών είναι ο διαχειριστής, μέλος του προσωπικού ή οικότροφος (6)

7. Ο αιτών ☐ είναι ☐ δεν είναι εργολάβος κηδειών ή εντολοδόχος ή εκπρόσωπος εργολάβου κηδειών (6) (7)

Ο αιτών ☐ είναι ☐ δεν είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο, βάσει ασφαλιστηρίου συμβολαίου, έχει καλύψει μέρος ή το σύνολο των δαπανών (6)

8. Η δαπάνη της κηδείας ανέρχεται σε (8) ..... · καταβλήθηκε από .....

9. Επισυνάπτονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά: .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 124

10. Παρακαλώ καταθέσατε το οφειλόμενο ποσό στο λογαριασμό μου με αριθ. IBAN.....

στην τράπεζα ..... (κωδικός BIC / SWIFT).....

διεύθυνση..... ([9])

11 Ημερομηνία: .....

11.1 Υπογραφή:

.....

Πληροφορίες για τον αιτούντα

α) *Για να σας χορηγηθεί επίδομα θανάτου, οφείλετε να υποβάλετε αίτηση, χρησιμοποιώντας το παρόν έντυπο*

– *είτε στον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα,*

– *είτε στον ασφαλιστικό φορέα του τόπου, όπου ζείτε, δηλαδή:*

στο **Βέλγιο,** *σε κάποιο mutualité (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας)·*

στην **Τσεχική Δημοκρατία,** *στο Úřad práce (γραφείο απασχόλησης) του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στη **Δανία,** *στο Υπουργείο Εσωτερικών και Υγείας στην Κοπεγχάγη·*

στην **Ελλάδα,** *στο Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)·*

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

στη **Γαλλία,** *στον οργανισμό που χορηγεί ή που θα χορηγούσε τις παροχές σε είδος της ασφάλειας ασθενείας·*

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

στην **Ιταλία,** *στην επαρχιακή υπηρεσία του INAIL·*

στη **Λεττονία,** *στη Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra (Κρατική Υπηρεσία κοινωνικής ασφάλισης)·*

στη **Λιθουανία,** *στη Savivaldybės socialinės paramos skyrius (Διεύθυνση δημοτικής κοινωνικής υποστήριξης) του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στο **Λουξεμβούργο,** *στην Union des caisses de maladie (Ένωση ταμείων ασφάλισης ασθενείας)·*

στην **Αυστρία**, *στο Gebietskrankenkasse (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας·*

στην **Πολωνία,** *στο Zaklad Ubezpieczin Spolecznych (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – ZUS), στο αρμόδιο γραφείο για τον τόπο κατοικίας ή, για γεωργικούς εργάτες, στο αρμόδιο περιφερειακό παράρτημα του Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego (Ταμείο κοινωνικής ασφάλισης για τη γεωργία – KRUS), στο Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji (Υπηρεσία συντάξεων του Υπουργείου Εσωτερικών Υποθέσεων και Διοίκησης - Οργανισμός Σύνδεσης για ειδικά συστήματα)·*

στην **Πορτογαλία**, ***για την ηπειρωτική Πορτογαλία:*** *στο Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social (Περιφερειακό κέντρο αλληλεγγύης και κοινωνικής ασφάλισης) του τόπου κατοικίας· για τη* ***Μαδέρα:*** *στο Centro de Segurança Social da Madeira (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρα), στο Funchal· για τις* ***Αζόρες:*** *στο Centro de Prestações Pecuniárias (Κέντρο για παροχές σε χρήμα) του τόπου κατοικίας·*

στη **Σλοβενία,** *στην αρμόδια περιφερειακή υπηρεσία του Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Ίδρυμα ασφάλισης ασθενείας της Σλοβενίας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στη **Σλοβακία,** *στην Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (Υπηρεσία εργασίας, κοινωνικών και οικογενειακών υποθέσεων) του τόπου κατοικίας ή διαμονής του θανόντος·*

στη **Φινλανδία,** *στο Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ελσίνκι·*

στη **Σουηδία**, *στο försäkringskassan (Γραφείο κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στην **Εσθονία**, *στο Sotsiaalkindlustusamet (Συμβούλιο κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ταλλίν·*

στην **Ισλανδία**, *στο Tryggingastofnun ríkisins (Κρατικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ρέικιαβικ·*

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

στη **Νορβηγία**, *στο lokale trygdekontor (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας ή διαμονής·*

στην **Ελβετία**, *στο Institutione commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG (Κοινό ίδρυμα στο πλαίσιο του ομοσπονδιακού νόμου περί ασφάλισης ασθενείας), στο Solothurn.*

β) *Οφείλετε να επισυνάψετε στην αίτησή σας τα ακόλουθα δικαιολογητικά:*

για το **Βέλγιο,** *αντίγραφο του πιστοποιητικού θανάτου, το οποίο εκδίδει η δημοτική αρχή,*
τα εξοφλημένα τιμολόγια για τα έξοδα κηδείας,
κάθε έγγραφο που αποδεικνύει το βαθμό συγγένειας εξ αίματος ή εξ αγχιστείας με τον θανόντα ή, όπου απαιτείται, τη συγκατοίκηση με αυτόν·

για τη **Δανία,** *πιστοποιητικό θανάτου,*
παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά τις vejledning om ansøgning for begravelseshælp (οδηγίες αίτησης which you επιδόματος θανάτου), τις οποίες θα λάβετε στη συνέχεια·

για την **Ελλάδα,** *πιστοποιητικό θανάτου, βιβλιάριο υγείας, ασφαλιστικά δελτία και, εάν χρειάζεται, τα εξοφλημένα τιμολόγια για τα έξοδα κηδείας·*

για την **Ισπανία,** *πιστοποιητικό θανάτου,*
βεβαίωση περί του βαθμού συγγένειας ή εξοφλημένα τιμολόγια για τα έξοδα κηδείας, εάν ο αιτών δεν έχει οποιαδήποτε συγγένεια με τον θανόντα·

για τη **Γαλλία,** *σε όλες τις περιπτώσεις, το πιστοποιητικό θανάτου για τον ασφαλισμένο,*
επιπλέον, ανάλογα την περίπτωση:
— *εάν υπήρξατε ο (η) σύζυγος του (της) ασφαλισμένου(-ης), το fiche familiale (απόσπασμα οικογενειακής μερίδας),*
— *εάν είσθε επιζών αυτού (γιος, θυγατέρα, εγγονός κ.λπ.) το fiche familiale*
(απόσπασμα οικογενειακής μερίδας) που να αποδεικνύει το βαθμό συγγένειάς σας με το θανόντα,
— *εάν είστε ανιών αυτού (γονέας, παππούς κ.λπ.), το fiche individuelle*
(ατομικό απόσπασμα οικογενειακής μερίδας) του θανόντος,
— *εάν, υπό οποιαδήποτε ιδιότητα, ο θανών σας συντηρούσε, υπεύθυνη*
δήλωση, ότι η συντήρησή σας επιβάρυνε πραγματικά εξ ολοκλήρου και
συνεχώς τον θανόντα·

▼**M11**

E 124

για την **Ιρλανδία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *πιστοποιητικό γάμου, κατά περίπτωση,* *το λογαριασμό ή την εκτίμηση του εργολάβου κηδειών για τα έξοδα ή, σε περίπτωση που αναλάβατε εσείς τη δαπάνη, την απόδειξη για τη δαπάνη·*
για την **Ιταλία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *αποδεικτικό ασφαλιστικού μητρώου,* *βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης, κατά περίπτωση·*
για τη **Λεττονία,**	*πιστοποιητικό θανάτου·*
για τη **Λιθουανία,**	*πιστοποιητικό θανάτου·*
για το **Λουξεμβούργο,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας,* *κατά περίπτωση, πιστοποιητικό της κοινοτικής αρχής που να βεβαιώνει τη συζυγική συμβίωση·*
για την **Αυστρία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·*
για την **Πολωνία,**	*πιστοποιητικό θανάτου, πρωτότυπα τιμολόγια για τα έξοδα κηδείας, δήλωση του αιτούντα που να πιστοποιεί, ότι δεν έχει καταβληθεί παρόμοιο επίδομα·*
για την **Πορτογαλία,**	*πιστοποιητικό θανάτου και τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·*
για τη **Σλοβενία:**	*για επίδομα κηδείας: πιστοποιητικό θανάτου ή πράξη καταχώρισης του θανάτου του ασφαλισμένου, πρωτότυπο αντίγραφο τιμολογίου για τις υπηρεσίες κηδείας,* *για επίδομα θανάτου: πιστοποιητικό θανάτου ή πράξη καταχώρισης του θανάτου του ασφαλισμένου,* *στην περίπτωση θανάτου συζύγου – πιστοποιητικό γάμου,* *στην περίπτωση θανάτου γονέα, το παιδί πρέπει να υποβάλει πιστοποιητικό γέννησης και πιστοποιητικό εγγραφής σε σχολείο ή πανεπιστήμιο (όταν είναι άνω των 18 ετών),* *αιτούντες που δεν είναι ασφαλισμένοι ως μέλη οικογενείας του θανόντος πρέπει να υποβάλουν έγγραφο, με το οποίο να πιστοποιείται, ότι ο θανών (η θανούσα) ήταν υπόχρεος-(η) συντήρησής τους έως το θάνατό του (της)·*
για τη **Σλοβακία,**	*πιστοποιητικό θανάτου και τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·*
για την **Εσθονία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *εάν ο αιτών είναι εργολάβος κηδειών, επιστολή από τον νομικό εκπρόσωπο του δικαιούχου,* *εάν ο θάνατος επήλθε στην επικράτεια της Εσθονίας, στο πιστοποιητικό θανάτου πρέπει να επισυναφθεί πιστοποιητικό για τους σκοπούς της αίτησης·*
για τη **Φινλανδία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *έγγραφα που να αποδεικνύουν τη συγγένεια με τον θανόντα,* *εάν ο αιτών είναι εργολάβος κηδειών, επιστολή από τον νομικό εκπρόσωπο του δικαιούχου·*
για τη **Σουηδία,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *πιστοποιητικό της αιτίας του θανάτου·*
για το **Λιχτενστάιν,**	*πιστοποιητικό θανάτου,* *πιστοποιητικό της αιτίας του θανάτου,* *τους εξοφλημένους λογαριασμούς των εξόδων κηδείας·*
για τη **Νορβηγία,**	*πιστοποιητικό θανάτου.*

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Μόνον στην περίπτωση εργαζομένου, συνταξιούχου ή αιτούντος σύνταξη.

(4) Σημειώσατε επωνυμία και διεύθυνση.

(5) Για τους πορτογαλικούς φορείς συμπληρώσατε τη συνημμένη πρόσθετη σελίδα.

(6) Συμπληρώνεται, όταν το επίδομα ζητείται στο πλαίσιο της βελγικής νομοθεσίας, εάν ο αιτών δεν είναι σύζυγος του θανόντος, συγγενής εξ αίματος ή εξ αγχιστείας τρίτου βαθμού.

(7) Εάν ο αιτών είναι εργολάβος κηδειών, πρέπει να υποβληθεί επιστολή από τον νομικό εκπρόσωπο του δικαιούχου επιδόματος, όταν το επίδομα ζητείται στο πλαίσιο της φινλανδικής ή εσθονικής νομοθεσίας.

(8) Το ποσόν πρέπει να εκφράζεται στο νόμισμα της χώρας κατοικίας του αιτούντος.

(9) Δεν ισχύει για τους ιρλανδικούς φορείς.

▼**M11**

Πρόσθετο Ε 124

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΗΣ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑΣ

1. Σύζυγος

1.1 Οικογενειακή κατάσταση

☐ χήρος(-α) ☐ ξαναπαντρεμένος(-η) ☐ χωρισμένος(-η)

1.2 Κατά τον χρόνο του θανάτου αυτός(-ή) ζούσε κάτω από την ίδια στέγη και το βάρος συντήρησης ήταν του (της) θανόντος(-ούσας):

☐ ναι ☐ όχι

2. Τέκνα που δικαιούνται οικογενειακό επίδομα

	Επώνυμο(-α)	Ονόμα(-τα)	Συγγένεια	Ημερομηνία γέννησης		Ανάπηρο τέκνο
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 125 [ ] (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2· άρθρο 63.1· άρθρο 87.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 93.1, 2, 4 και 5· άρθρο 105.1

Πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστό έντυπο για κάθε αποδέκτη παροχών.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1. Αριθμός τιμολογίου ..... ☐ 1ο εξάμηνο ☐ 2ο εξάμηνο του οικονομικού έτους 20 .....

2. Αρμόδιος φορέας προορισμού του εντύπου

2.1 Επωνυμία: .....
2.2 Κωδικός του φορέα: .....
2.3 Διεύθυνση: .....

3. Αποδέκτης της περίθαλψης

3.1 Επώνυμο(-α)(2): .....
3.2 Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....
3.3 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:
....

.....

3.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης(3):
(α) που έχει δοθεί από τον αρμόδιο φορέα
.....
(β) που έχει δοθεί από το φορέα πιστωτή
.....

3.5 Ο ασφαλιζόμενος είναι
☐ μισθωτός
☐ αυτοτελώς απασχολούμενος
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
☐ άνεργος

4. Ο ανωτέρω αναφερόμενος έχει λάβει παροχές βάσει του ακόλουθου εγγράφου:

4.1 ☐ Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας, με λογικό αριθμό: ..... και ημερομηνία λήξης: .....
☐ Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης της Κάρτας με αριθμό: .....
ημερομηνία έκδοσης: ..... και ισχύ από ..... έως .....
☐ έντυπο E ..... με ημερομηνία έκδοσης ..... και ισχύ από ..... έως

4.2 Ο ανωτέρω αναφερόμενος
υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση που ζητήθηκε την .....

▼**M11**

E 125

5.	Πραγματοποιηθείσα δαπάνη		Ποσόν(4)
5.1	**Για παροχές σε είδος** που χορηγήθηκαν	από ..... έως	.....
	συνεπεία(5)	☐ ασθενείας ☐ μη εργατικού ατυχήματος ☐ εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας	
5.2	Ιατρική περίθαλψη	.....	.....
5.3	Οδοντιατρική περίθαλψη	.....	.....
5.4	Φάρμακα	.....	.....
5.5	Νοσηλεία	από ..... έως	.....
		από ..... έως	.....
5.6	Άλλες παροχές(6)	.....	.....
		.....	.....
5.7	**Σύνολο παροχών σε είδος**		.....
5.8	**Ιατρικές εξετάσεις**(7)	.....	
	.....		.....
5.9	**Για παροχές σε χρήμα** που χορηγήθηκαν	από ..... έως	.....
5.10	**Σύνολο δαπανών**		
	.....		.....

6.	Φορέας πιστωτής		
6.1	Επωνυμία:		
6.2	Κωδικός του φορέα:		
6.3	Διεύθυνση:		
	.....		
6.4	Σφραγίδα(8)	6.5	Ημερομηνία: .....
		6.6	Υπογραφή: .....

7.	Αποκλειστικά για το φορέα της αρμόδιας χώρας

(2)

▼**M11**

E 125

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Εάν ο αποδέκτης των παροχών είναι μέλος οικογένειας που έχει καταχωρισθεί βάσει εντύπου E 106, αναφέρατε τον αριθμό μητρώου του ασφαλισμένου.

(4) Σημειώνεται το ποσόν σε εθνικό νόμισμα.

(5) Όταν το έντυπο αποστέλλεται σε ελβετικό φορέα.

(6) Αναφέρατε το είδος των παροχών: τοκετός, οδοντοστοιχίες, τεχνητά μέλη, ιαματικά λουτρά, πρώτες βοήθειες, συμπληρωματικά μέσα διάγνωσης κ.λπ.

(7) Αναφέρατε το είδος των ιατρικών ελέγχων και εξετάσεων που διενεργήθηκαν.

(8) Όταν το έντυπο αποστέλλεται και υπογράφεται ηλεκτρονικά δεν χρειάζεται να φέρει σφραγίδα.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 126 [ ] (1)

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α)i)· άρθρο 22.3· άρθρο 22.α)· άρθρο 31.α)· άρθρο 34.α)·
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 34

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και το αποστέλλει, είτε απευθείας είτε μέσω του Οργανισμού Σύνδεσης, δύο αντίγραφα στο φορέα, ο οποίος θα έπρεπε να είχε χορηγήσει τις παροχές στον ενδιαφερόμενο, στη χώρα διαμονής. Ο φορέας του τόπου διαμονής, αφού συμπληρώσει το μέρος Β του εντύπου, επιστρέφει ένα αντίγραφο στον αρμόδιο φορέα.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 3 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Αίτημα

1. Φορέας προορισμού του εντύπου (2)

1.1 Επωνυμία: .....
1.2 Κωδικός του φορέα: .....
1.3 Διεύθυνση: .....
.....
.....

2. ☐ Δικαιούχος

2.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
2.2 Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....
2.3 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
.....
2.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....
2.5 Το ανωτέρω πρόσωπο είναι / ήταν
☐ μισθωτός
☐ αυτοτελώς απασχολούμενος
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
☐ μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
☐ άνεργος

3. Μέλος οικογένειας του δικαιούχου, εάν αυτός(-ή) έλαβε την περίθαλψη:
3.1 Επώνυμο(-α) (3) .....
3.2 Όνομα(-τα): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
3.3 Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
.....

4. Το ανωτέρω αναφερόμενο πρόσωπο
4.1 κατά τη διάρκεια διαμονής στην (στο) ..... (χώρα)
4.2 στην (στο) ..... (πόλη)
4.3 πλήρωσε ο ίδιος για τις παροχές που ζήτησε .....

5. Παρακαλούμε να αναφέρετε επί των συνημμένων αποδείξεων, για κάθε παροχή χωριστά, το ποσό που πρέπει να αποδοθεί στον ενδιαφερόμενο σύμφωνα με τα τιμολόγια που εφαρμόζει ο φορέας του τόπου διαμονής. Μόνον στην περίπτωση του Λουξεμβούργου, σημειώσατε το ποσό συμμετοχής του ενδιαφερόμενου στο κόστος της περίθαλψης.

6. Συνημμένες ..... αποδείξεις.

▼M11

E 126

7.	Αρμόδιος φορέας		
7.1	Επωνυμία:		
7.2	Κωδικός του φορέα:		
7.3	Διεύθυνση:		
	.....		
7.4	Σφραγίδα	7.5	Ημερομηνία: .....
		7.6	Υπογραφή:
			.....

Β. Απάντηση

8. Συνημμένες ..... αποδείξεις τιμολογημένες σύμφωνα με το αίτημά σας

9. ☐ Ποσό που πρέπει να αποδοθεί ..... ☐ Καμία απόδοση

10. Παρατηρήσεις: .....
.....
.....
.....

11.	Φορέας του τόπου διαμονής		
11.1	Επωνυμία:		
11.2	Κωδικός του φορέα:		
11.3	Διεύθυνση:		
	.....		
11.4	Σφραγίδα	11.5	Ημερομηνία: .....
		11.6	Υπογραφή:
			.....

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

([1]) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

([2]) Εάν ο φορέας που θα έπρεπε να χορηγήσει τις παροχές δεν είναι γνωστός, το έντυπο μπορεί να αποσταλεί στον Οργανισμό Σύνδεσης της χώρας διαμονής, δηλαδή:
στο **Βέλγιο,** *στο Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης ασθένειας και αναπηρίας), Βρυξέλλες·*
στην **Τσεχική Δημοκρατία,** *στο CMU (Κέντρο διεθνών επιστροφών δαπανών), Πράγα·*
στη **Δανία,** *στο Indenrings- og Sundhedsministeriet (Υπουργείο Εσωτερικών και Υγείας), Κοπεγχάγη·*
στη **Γερμανία,** *στην DVKA (Γερμανική υπηρεσία επαφής – Διεθνής ασφάλιση υγείας), Βόννη·*
στην **Εσθονία,** *στο Eesti Haigekassa, (Ταμείο ασφάλισης υγείας)·*
στην **Ελλάδα,** *στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)· για ναυτικούς, στο Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ)·*
στην **Ισπανία,** *στο Instituto Nacional de la Seguridad Social (Εθνικό ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης), Μαδρίτη·*
στη **Γαλλία,** *στο Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (Κέντρο ευρωπαϊκών και διεθνών επαφών για την κοινωνική ασφάλιση), Παρίσι·*
στην **Ιρλανδία,** *στο Department of Health (Υπουργείο Υγείας), Δουβλίνο·*
στην **Ιταλία,** στο *Ministero della Salute (Υπουργείο Υγείας), Ρώμη·*
στην **Κύπρο,** *στο Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία·*
στη **Λεττονία,** *στη Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Κρατική υπηρεσία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας), Ρίγα·*
στη **Λιθουανία,** *στο Valstybinė ligonių kasa (Κρατικό ταμείο ασθενείας), Βίλνιους·*
στο **Λουξεμβούργο,** *στην Union des Caisses de Maladie (Ένωση ταμείων ασθενείας), Λουξεμβούργο·*
στην **Ουγγαρία,** *στο Országos Egészségbiztositási Pénztár (Εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας), Βουδαπέστη·*
στη **Μάλτα,** *στην Entitlement Unit, Ministry of Health (Μονάδα δικαιωμάτων, Υπουργείο Υγείας), 23, St. John Street, Βαλέτα·*
στις **Κάτω Χώρες,** *στην Agis Zorgverzekeringen, Ουτρέχτη·*
στην **Αυστρία,** *στη Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Κύρια ένωση αυστριακών φορέων κοινωνικής ασφάλισης), Βιέννη.*
στην **Πολωνία,** *στο Narodowy Fundusz Zdrowia (Εθνικό ταμείο υγείας), Βαρσοβία·*
στην **Πορτογαλία,** *στην Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social (Υπηρεσία διεθνών σχέσεων και συμβάσεων κοινωνικών ασφαλίσεων), Λισσαβόνα·*
στη **Σλοβενία,** *στο Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija (Ίδρυμα ασφάλισης υγείας της Σλοβενίας-Διεύθυνση), Λιουμπλιάνα·*
στη **Σλοβακία,** *στην Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, (Υπηρεσία εποπτείας περίθαλψης υγείας), Μπρατισλάβα·*

▼**M11**

E 126

στη **Φινλανδία,** *στο Kansaneläkelaitos (Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), Ελσίνκι·*
στη **Σουηδία,** *στο Riksförsäkringsverket (Εθνικός οργανισμός κοινωνικών ασφαλίσεων), Στοκχόλμη·*
στην **Ισλανδία,** *στο Tryggingastofnun rikisins (Κρατικό ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης), Ρέικιαβικ·*
στο **Λιχτενστάιν,** *στο Amt ür Volkswirtschaft (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), Βαντούζ·*
στη **Νορβηγία,** *στην Rikstrygdeverket (Εθνικός οργανισμός κοινωνικών ασφαλίσεων), Όσλο·*
στην **Ελβετία,** *στο Institution commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG — Istituzione comune LAMal (Κοινό ίδρυμα στο πλαίσιο του ομοσπονδιακού νόμου περί ασφάλισης), Στοκχόλμη.*

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά την σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

▼**M11**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

E 127 [ ] (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗ ΠΟΣΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 94· άρθρο 95

Ο φορέας του τόπου κατοικίας συντάσσει το έντυπο για ένα ημερολογιακό έτος και το αποστέλλει στον αρμόδιο φορέα μέσω του οργανισμού που έχει ορισθεί για την εφαρμογή του άρθρου 102.2 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72.

Το έντυπο συμπληρώνεται σε τρία αντίγραφα με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστό έντυπο για κάθε συνταξιούχο και κάθε μέλος της οικογένειας του συνταξιούχου.

1.

Αριθμός κατάστασης ..... | του έτους 20 .....(2)

2. Αρμόδιος φορέας

2.1 Επωνυμία: .....
2.2 Κωδικός του φορέα: .....
2.3 Διεύθυνση: .....
.....

3. Το δικαίωμα για παροχές σε είδος έχει θεμελιωθεί για τον

☐ μισθωτό ☐ συνταξιούχο
☐ αυτοτελώς απασχολούμενο

3.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
3.2 Επώνυμο(-α) γένους (εάν διαφέρουν): .....
3.3 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:
....
3.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης που έχει δοθεί από τον αρμόδιο φορέα:
.....
3.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης που έχει δοθεί από το φορέα πιστωτή:
.....

4. Η παρούσα ατομική κατάσταση αφορά

4.1 ☐ την οικογένεια του προσώπου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 και κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση: .....
.....
4.2 ☐ τον συνταξιούχο που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 και κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση: .....
.....
4.3 ☐ το ακόλουθο μέλος της οικογένειας του συνταξιούχου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3
☐ το ακόλουθο μέλος της οικογένειας του προσώπου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 (4)

4.3.1 Επώνυμο(-α) (3): .....
4.3.2 Όνομα(-τα): Ημερομηνία γέννησης:
....
4.3.3 Διεύθυνση: .....
.....
4.3.4 Αριθμός μητρώου ασφάλισης που έχει δοθεί από τον αρμόδιο φορέα:
.....
4.3.5 Αριθμός μητρώου ασφάλισης που έχει δοθεί από το φορέα πιστωτή:
.....

▼**M11**

E 127

5. Το δικαίωμα για παροχές σε είδος ισχύει για τα μέλη της οικογένειας του προαναφερόμενου εργαζόμενου ή τον προαναφερόμενο συνταξιούχο και τα μέλη της οικογένειάς του, όπως βεβαιώνεται από το έντυπό σας

E ..... της ..... (ημερομηνία)

6. Για το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο διατηρήθηκε το δικαίωμα αυτό

(από ..... έως .....),

6.1 ο αριθμός των μηνιαίων κατ' αποκοπή ποσών είνα .....

6.2 ☐ ανά οικογένεια ανεξαρτήτως του αριθμού των μελών της οικογένειας και με βάση ενιαίο τιμολόγιο.

☐ ανά συνταξιούχο ή μέλη της οικογένειάς του (της) –ένα ξεχωριστό έντυπο E κατ' άτομο και με το ίδιο τιμολόγιο για τον συνταξιούχο και τα μέλη της οικογένειάς του (της);

☐ κατ' άτομο (4).

7.	Φορέας πιστωτής		
7.1	Επωνυμία:		
7.2	Κωδικός του φορέα:		
7.3	Διεύθυνση:		
	.....		
7.4	Σφραγίδα (5)	7.5	Ημερομηνία: .....
		7.6	Υπογραφή:
			.....

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λεττονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Αναφέρατε το έτος, κατά το οποίο χορηγήθηκαν οι παροχές.

(3) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Σε περίπτωση ειδικού συστήματος καταβολής κατ' αποκοπήν ποσών.

(5) Έντυπο που αποστέλλεται και υπογράφεται ηλεκτρονικά δεν χρειάζεται σφραγίδα.