Trattandosi di un semplice strumento di documentazione, esso non impegna la responsabilità delle istituzioni

►**B**

DECISIONE N. 153

del 7 ottobre 1993

relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, E 103-E 127)

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(94/604/CE)

(GU L 244 del 19.9.1994, pag. 22)

Modificato da:

		Gazzetta ufficiale		
		n.	pag.	data
►**M1**	Decisione n. 166 98/441/CE, del 2 ottobre 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	modificato da decisione n. 202 2006/203/CE, del 17 marzo 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Decisione n. 168 98/443/CE, dell'11 giugno 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	modificato da decisione n. 202 2006/203/CE, del 17 marzo 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Decisione n. 179 2002/154/CE, del 18 aprile 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	modificato da decisione n. 187 2003/251/CE, del 27 giugno 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	modificato da decisione n. 202 2006/203/CE, del 17 marzo 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Decisione n. 185 2003/148/CE, del 27 giugno 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	modificato da decisione n. 202 2006/203/CE, del 17 marzo 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Decisione n. 198 2004/562/CE, del 23 marzo 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Decisione n. 202 2006/203/CE, del 17 marzo 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

DECISIONE N. 153

del 7 ottobre 1993

relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, E 103-E 127)

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(94/604/CE)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA DELLE COMUNITÀ EUROPEE PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI,

visto l'articolo 81, lettera a) del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 guigno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, conformemente al quale, rientra nei compiti della Commissione amministrativa interessarsi di tutte le questioni amministrative derivanti dal regolamento (CEE) n. 1408/71 e dai successivi regolamenti,

visto l'articolo 2, paragrafo 1 del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, conformemente al quale spetta alla Commissione amministrativa il compito di definire i modelli dei certificati, attestati, dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione del regolamento e del regolamento di applicazione,

vista la decisione n. 130 del 17 ottobre 1985, che definisce e adatta i modelli necessari all'applicazione dei regolamenti,

considerando che i modelli dovrebbero essere modificati in modo da prendere in considerazione gli emendamenti apportati alla legislazione nazionale degli Stati membri;

considerando che l'accordo sullo Spazio economico europeo del 2 maggio 1992, modificato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, attua i regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nell'ambito dell'area economica europea;

considerando che per decisione del Comitato congiunto dello Spazio economico europeo i modelli necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 verranno adattati e applicati all'interno dell'area economica europea;

considerando che per motivi di natura pratica è opportuno utilizzare modelli identici all'interno della Comunità e nello Spazio economico europeo;

considerando che, nella prospettiva di una futura partecipazione del Liechtenstein allo Spazio economico europeo, i modelli in questione dovrebbero essere adattati anche per quanto riguarda il Liechtenstein;

considerando che la lingua nella quale devono essere elaborati i modelli è stata decisa con la raccomandzione n. 15 della Commissione amministrativa,

HA DECISO QUANTO SEGUE:

1. I modelli E 001, E 103-E 127 pubblicati in allegato alla decisione n. 130 saranno sostituiti dai modelli allegati alla presente.

2. Le autorità competenti degli Stati membri metteranno a disposizione delle persone interessate (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) i modelli nella versione corrispondente agli allegati.

3. Ogni modello sarà disponibile nelle lingue ufficiali della Comunità europea e sarà stampato in modo tale che le varie versioni linguistiche siano perfettamente sovrapponibili, rendendo così possibile che ciascuno dei destinatari (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) riceva il modulo in questione nella propria lingua.

▼B

4. La decisione sarà applicata a partire dal primo giorno del mese successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee*.

Il Presidente della Commissione amministrativa

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lista dei formulari

E 001 — Domanda di informazioni, comunicazione di informazioni, richiesta di formulari e sollecito concernenti un lavoratore subordinato, un lavoratore autonomo, un frontaliero, un titolare di pensione, un disoccupato, un avente diritto

E 103 — Esercizio del diritto di opzione

E 104 — Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione, di occupazione o di residenza

E 105 — Attestato riguardante i familiari del lavoratore subordinato o autonomo da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro

E 106 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un paese diverso da quello competente

E 107 — Domanda di attestato di diritto a prestazioni in natura

E 108 — Notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità

E 109 — Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi e per la tenuta degli inventari

E 110 — Attestato per lavoratori subordinati addetti ai trasporti internazionali

E 111 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante la dimora in uno Stato membro

E 112 — Attestato riguardante il mantenimento delle prestazioni in corso dell'assicurazione malattia e maternità

E 113 — Ricovero ospedaliero — Notifica di entrata e di uscita

E 114 — Concessione di protesi, di grandi apparecchi, ecc.

E 115 — Domanda di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro

E 116 — Rapporto medico in caso di inabilità al lavoro per malattia e maternità, infortunio sul lavoro, malattia professionale

E 117 — Concessione di prestazioni in denaro in caso di maternità e inabilità al lavoro

E 118 — Notifica di non riconoscimento o di cessazione dell'inabilità al lavoro

E 119 — Attestato riguardante il diritto dei disoccupati e dei loro familiari alle prestazioni dell'assicurazione malattia e maternità

E 120 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per i richiedenti la pensione o rendita e per i loro familiari

E 121 — Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita e per la tenuta degli inventari

E 122 — Attestato per la concessione delle prestazioni in natura ai familiari di titolari di pensione o rendita

E 123 — Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali

E 124 — Domanda di assegni in caso di morte

E 125 — Conto individuale delle spese effettive

E 126 — Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura

E 127 — Segnalazione dei forfaits mensili

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 001 [ ] (1)

- ☐ **Richiesta di informazioni**
- ☐ **Comunicazione di informazioni**
- ☐ **Richiesta di moduli**
- ☐ **Sollecito**

- ☐ **lavoratore subordinato**
- ☐ **lavoratore autonomo**
- ☐ **lavoratore frontaliero**
- ☐ **relativamente a titolare di pensione**
- ☐ **richiedente la pensione o la rendita**
- ☐ **lavoratore disoccupato**
- ☐ **avente diritto**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 84

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione destinataria. Quest'ultima compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente.
Il modulo va utilizzato come complemento ad altri moduli o come base per scambi di informazioni tra istituzioni, scambi non contemplati nei moduli correntemente utilizzati. Esso non può essere utilizzato al posto di un altro modulo.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

Parte A

1. Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....

2. Informazioni relative alla persona assicurata (2)

2.1 Cognome(i) (3): .....
2.2 Nome(i) (4): .....
2.3 Cognome da nubile: .....

2.4 Sesso (5): .....

3. Nazionalità (6): .....

4. Dati anagrafici

4.1 Data di nascita (7): .....
4.2 Luogo di nascita (8): .....
4.3 Provincia o dipartimento (9): .....
4.4 Paese (10): .....

5. Numero di identificazione personale (11)

5.1 presso l'istituzione mittente: .....
5.2 presso l'istituzione destinataria: .....

6. Indirizzo: .....
.....

7. Informazioni relative alla pratica

7.1 Tipo di prestazione:
.....
7.2 Numero di riferimento della pratica presso l'istituzione mittente:
.....
7.3 Numero di riferimento della pratica presso l'istituzione destinataria:
.....

▼**M11**

E 001

8. Avente diritto (12)

8.1 Cognome (3): .....

8.2 Nome(i) (4): .....

8.3 Cognome da nubile: .....

8.4 Luogo di nascita (8): ..... Data di nascita: .....

8.5 Sesso: ..... Nazionalità (6): .....

8.6 Numero di identificazione personale (11): .....

presso l'istituzione mittente: .....

presso l'istituzione destinataria: .....

8.7 Indirizzo: .....

.....

9. ☐ Richiesta ☐ Sollecito della richiesta inviata in data: .....

Con riferimento alla persona di cui alla sezione ☐ 2 ☐ 8 si prega di inviare

9.1 ☐ il/i seguente/i modulo/i: .....

9.2 ☐ il/i seguente/i documento/i: .....

.....

9.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

.....

9.4 Motivo della richiesta: .....

10. Modifica della situazione: sono intervenute le modifiche seguenti

.....

.....

.....

.....

11. Informazioni di varia natura

.....

.....

.....

.....

12. Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: .....

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

12.3 Indirizzo: .....

.....

12.4 Timbro

12.5 Data:

.....

12.6 Firma:

.....

▼M11

E 001

Parte B

13.

In risposta alla richiesta del ..... si trasmettono in allegato:

13.1 ☐ il/i seguente/i modulo/i: .....

13.2 ☐ il/i seguente/i documento/i: .....

.....

13.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

.....

14.

In risposta alla richiesta del .....

siamo spiacenti di non poter inviare:

14.1 ☐ il/i seguente/i modulo/i: .....

14.2 ☐ il/i seguente/i documento/i: .....

14.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

14.4 ☐ Motivo: .....

.....

.....

15. Informazioni di varia natura

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ In riferimento al vostro modulo inviato il: .....

prendiamo atto delle informazioni di cui alla sezione 10

17. Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: .....

17.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

17.3 Indirizzo: .....

.....

17.4 Timbro

17.5 Data:

.....

17.6 Firma:

.....

▼**M11**

E 001

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Se del caso, compilare le righe 2.1-2.4 che identificano la persona assicurata.

(3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Utilizzare "M" o "F" per l'indicazione del sesso.

(6) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

Per le istituzioni spagnole, indicare per i cittadini spagnoli il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida. In mancanza, indicare "Nulla".

(7) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01.08.1921).

(8) Per le città francesi con più *circoscrizioni* (*arrondissements*), si indichi il numero della *circoscrizione* (esempio: "Parigi 14"). Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.

(9) Informazioni obbligatorie per le persone assicurate di nazionalità spagnola, francese o italiana. A seconda del paese, l'informazione deve indicare la divisione territoriale in cui si trova il luogo di nascita (nel caso della Francia, ad esempio, ove il comune di nascita sia Lille, il dipartimento di nascita va indicato come "Nord", seguito dal codice del dipartimento, sempreché la persona lo conosca: nella fattispecie, "59". L'indicazione completa dovrebbe quindi essere "Nord 59"). Per le persone nate in Spagna, indicare soltanto la provincia.

(10) Sigla del paese della persona assicurata secondo la nota (1).

(11) Per le istituzioni italiane, indicare il "codice fiscale".

Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi, indicare il numero di sicurezza sociale maltese.

Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.

(12) Da compilare, se del caso.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 103 [ ] (1)

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPZIONE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 16, paragrafi 2 e 3
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 13, paragrafi 2 e 3; articolo 14, paragrafi 1 e 2

Dopo aver compilato la parte A del modulo conformemente ai punti a) e b) delle istruzioni, la persona assicurata presenta o trasmette il modulo secondo i punti a) e c) delle istruzioni. L'istituzione che riceve il modulo compila la parte B e rinvia una copia alla persona assicurata.

Il modulo deve essere compilato (in triplice copia) in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

A. Opzione

1. Il sottoscritto

1.1 Cognome(i) (2): .....
1.2 Nome(i) (3): .....
1.3 Cognome da nubile: .....
1.4 Data di nascita: ..... 1.5 Nazionalità: .....
1.6 Numero di identificazione personale (4): .....

2. Occupato dal .....

2.1 (4) ☐ in qualità di ..... presso la missione diplomatica o il posto consolare di cui sotto:
.....

2.2 (4) ☐ in qualità di .....
tra il personale privato del seguente datore di lavoro (5): .....
agente della missione diplomatica o del posto consolare di cui trattasi: .....
.....

2.3 ☐ agente ausiliario delle Comunità europee

3. Opta di essere soggetto alla legislazione in materia di sicurezza sociale

3.1 (6) ☐ dello Stato membro di cui è cittadino

3.2 (6) ☐ dello Stato membro alla cui legislazione è stato soggetto per ultimo, cioè la legislazione

☐ belga	☐ ceca	☐ danese	☐ tedesca	☐ estone
☐ greca	☐ spagnola	☐ francese	☐ irlandese	☐ italiana
☐ cipriota	☐ lettone	☐ lituana	☐ lussemburghese	☐ ungherese
☐ maltese	☐ olandese	☐ austriaca	☐ polacca	☐ slovena
☐ portoghese	☐ slovacca	☐ finlandese	☐ svedese	☐ britannica
☐ islandese	☐ liechtensteinese	☐ norvegese	☐ svizzera	

4. Luogo e data:
.....

5. Firma:
.....

6. Autorità delle Comunità europee che ha concluso il contratto con l'agente ausiliario

6.1 Denominazione: .....
6.2 Indirizzo: .....
.....
6.3 Timbro
6.4 Data: .....
6.5 Firma:
.....

▼**M11**

E 103

B. Dichiarazione

7. Abbiamo preso atto del fatto che la persona di cui al punto 1 è soggetta alla legislazione ([6])

☐ belga	☐ ceca	☐ danese	☐ tedesca	☐ estone
☐ greca	☐ spagnola	☐ francese	☐ irlandese	☐ italiana
☐ cipriota	☐ lettone	☐ lituana	☐ lussemburghese	☐ ungherese
☐ maltese	☐ olandese	☐ austriaca	☐ polacca	☐ portoghese
☐ slovena	☐ slovacca	☐ finlandese	☐ svedese	☐ britannica
☐ islandese	☐ liechtensteinese	☐ norvegese	☐ svizzera	

7.1 Dal ……..

7.2 Per il periodo durante il quale eserciterà l'occupazione indicata nella parte A del presente modulo ([7])

8. Istituzione designata dall'autorità competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

.....

8.4 Timbro

8.5. Data: .....

8.6. Firma:

.....

Per il personale delle missioni diplomatiche o dei posti consolari e il rispettivo personale domestico privato

a) *Dopo aver compilato la parte A del modulo, ad eccezione della sezione 6, occorre trasmettere una copia del modulo al proprio datore di lavoro e inviare due copie all'autorità competente dello Stato per la cui legislazione si è optato, cioè:*

in **Belgio**, *all'"Office national de sécurité sociale" (ufficio nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles;*

nella **Repubblica ceca**, *alla the "Česká správa sociálního zabezpečení" (amministrazione della sicurezza sociale ceca), Praga;*

in **Danimarca**, *al "Den Sociale Sikringsstyrelse" (ente nazionale per la sicurezza sociale), Copenhagen;*

in **Germania**, *all'ufficio di Bonn della "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelto dalla persona assicurata;*

in **Estonia**, *al "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;*

in **Grecia**, *all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA);*

in **Spagna**, *alla "Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales" (tesoreria centrale della sicurezza sociale - ministero del Lavoro e degli affari sociali), Madrid;*

in **Francia**, *alla "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia), Parigi;*

in **Irlanda,** *al "Department of Social and Family Affairs" (ministero della Previdenza sociale), Dublino;*

in **Italia**, *al competente ufficio locale dell'"Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)";*

a **Cipro**, *al "Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων" (servizio assicurazioni sociali, ministero del Lavoro e delle assicurazioni sociali), 1465 Lefkosia;*

in **Lettonia**, *al "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (ente statale di assicurazione sociale);*

in **Lituania**, *al "Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba" (comitato del fondo nazionale della sicurezza sociale), Vilnius;*

in **Lussemburgo**, *al "Centre commun de la sécurité sociale" (centro comune della sicurezza sociale), Lussemburgo;*

in **Ungheria**, *al "Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo regionale di assicurazione malattia di Pest e della capitale), Budapest;*

a **Malta**, *al "Dipartiment tas-Sigurta'Soċjali" (servizio della sicurezza sociale), Valletta;*

nei **Paesi Bassi**, *alla "Sociale Verzekeringsbank" (banca assicurazioni sociali), Amstelveen;*

in **Austria**, *all'istituto competente per l'assicurazione malattia;*

in **Polonia**, *al "Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)" (istituto per la sicurezza sociale), Varsavia;*

in **Portogallo**, *al "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (ministero delle Relazioni internazionali e della sicurezza sociale) a Lisbona;*

in **Slovenia**, *all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia);*

in **Slovacchia,** *al "Sociálna poisťovňa" (ufficio assicurazioni sociali), Bratislava;*

in **Finlandia**, *all'"Elaketurvakeskus" (centro pensioni finlandese), Helsinki;*

in **Svezia**, *al "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (ente svedese assicurazioni sociali, sede centrale), Stoccolma;*

nel **Regno Unito**, *allo "Inland Revenue, Centre for Non-Residents" (ufficio imposte, centro per i non residenti), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;*

in **Islanda**, *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

▼M11

E 103

in **Liechtenstein**, *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*

in **Norvegia**, al "Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (istituto assicurativo nazionale per la sicurezza sociale all'estero), Oslo;

in **Svizzera,** alla "Caisse fédérale de compensation" (cassa federale di compensazione), Bern.

Per l'autorità delle Comunità europee abilitata a concludere contratti di lavoro con agenti temporanei

b) *Ove una persona impiegata come agente temporaneo esprima il desiderio di esercitare il suo diritto di opzione, l'autorità abilitata delle Comunità europee deve assicurarsi che la persona compili la parte A del modulo, ad eccezione del punto 6, che va compilato dall'autorità in questione.*

c) *Due copie del modulo vanno inviate all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro per la cui legislazione la persona interessata ha optato [cfr. lettera a) precedente].*

NOTE

([1]) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

([2]) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

([3]) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

([4]) Per i lavoratori soggetti alla legislazione belga, indicare il numero di registrazione nazionale.

Per i lavoratori soggetti alla legislazione spagnola, indicare il numero di sicurezza sociale.

Per i lavoratori soggetti alla legislazione maltese, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.

Per i lavoratori soggetti alla legislazione slovacca, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.

Per i lavoratori soggetti alla legislazione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP o, in loro mancanza, la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto.

([5]) Indicare nome e cognome del datore di lavoro.

([6]) Contrassegnare la casella corrispondente al paese interessato. Occorre notare che le persone impiegate presso missioni diplomatiche o posti consolari, nonché il personale domestico privato di agenti di tali missioni diplomatiche o posti consolari, possono optare unicamente per la legislazione in materia di sicurezza sociale dello Stato del quale sono cittadini.

([7]) Il diritto di opzione dei lavoratori impiegati presso missioni diplomatiche o posti consolari, nonché del personale domestico privato di agenti di tali missioni diplomatiche o posti consolari, può essere esercitato al termine di ogni anno civile.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 104 [ ] (1)

CERTIFICATO RIGUARDANTE L'AGGREGAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, OCCUPAZIONE O RESIDENZA

Malattia – maternità – decesso (assegno) – invalidità

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 9, paragrafo 2; articolo 18, paragrafo 1; articolo 38, paragrafo 1; articolo 64
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 6, paragrafo 2; articolo 16; articolo 39, paragrafi 1 e 2; articolo 79

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia due esemplari all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione la persona interessata è stata soggetta per ultimo. Tale istituzione compila la parte B e rinvia il modulo all'istituzione mittente. Se il modulo è fornito su richiesta della persona interessata, l'istituzione che lo rilascia compila le parti A.2 e B e lo consegna o trasmette alla persona interessata.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate.
È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

Parte A

1. Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....

2. Persona assicurata

2.1 Cognome(i) (2): .....

2.2 Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....

2.3 Cognome da nubile: ....

2.4 Numero di identificazione personale: .....

2.5 A decorrere dalla data di cui al punto 3.1, la persona assicurata ha esercitato un'attività:
☐ subordinata ☐ autonoma (4) .....

2.6 ☐ Nome dell'ultimo datore di lavoro
☐ Ultima attività come lavoratore autonomo
.....
Indirizzo: .....
.....

2.7 ☐ Datori di lavoro precedenti: ☐ Attività autonome precedenti:
[nome e indirizzo] .....
....
....
....
....
....

3. Per dare un seguito alla richiesta presentata dalla persona assicurata di cui sopra, indicare i periodi di assicurazione, occupazione o residenza

3.1 dal .....

3.2 conformemente alla legislazione del vostro paese, per il rischio:
☐ malattia e maternità (5) ☐ decesso (assegno) ☐ invalidità (6)

▼M11

E 104

4. Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....

4.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

4.3 Indirizzo: .....

.....

4.4 Timbro

4.5 Data: .....

4.6 Firma:

.....

Parte B

5. La persona di cui al punto 2

5.1 ☐ è stata assicurata per il rischio malattia-maternità a decorrere dalla data di cui al punto 3.1 (7)

5.2 ☐ ha completato dal .....

6. i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione per le seguenti prestazioni: ☐ (5)

6.1	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.2	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.3	dal.....	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.4	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.5	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.6	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.7	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.8	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.9	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
6.10	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)

7. I seguenti periodi di residenza:

7.1	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.2	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.3	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.4	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.5	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.6	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.7	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.8	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.9	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)
7.10	dal	al	(8)	per (9) il rischio	☐	(10)

8. Istituzione che compila la parte B

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

.....

8.3 Indirizzo: .....

.....

8.4 Timbro

8.5 Data: .....

8.6 Firma:

.....

(2)

▼M11

E 104

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che per prima compila il modulo: B = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

(3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

(4) Indicare lo Stato.

(5) Soltanto se l'istituzione destinataria è belga, francese, greca, liechtensteinese o svizzera, indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici: N = prestazioni in natura, E = prestazioni in denaro.

(6) Per le istituzioni francesi e lettoni.

(7) Compilare unicamente se l'istituzione competente è belga.

(8) Se il certificato è destinato ad un'istituzione belga, ceca, greca, lettone, lituana, polacca o liechtensteinese, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando i codici seguenti: D = lavoratore subordinato; I = lavoratore autonomo.

Se il certificato è destinato ad un'istituzione tedesca, lituana, lussemburghese o polacca, indicare i periodi di assicurazione di cui alla sezione 7 utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria; F = assicurazione volontaria.

(9) Indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici:

A = malattia e maternità; B = decesso (assegno); O = invalidità.

(10) Se l'istituzione competente è cipriota, tedesca, irlandese, ungherese, austriaca o britannica, apporre un crocetta in questa casella, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un periodo di occupazione effettiva; indicare il tipo di attività subordinata o autonoma.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 106 [ ] (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER MALATTIA E MATERNITÀ DEI RESIDENTI IN UN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE

Lavoratori subordinati ed autonomi e familiari con essi residenti; familiari di disoccupati

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a); articolo 19, paragrafo 2; articolo 25, paragrafo 3, lettera i)
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafi 1 e 4; articolo 27 (prima frase)

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie alla persona assicurata oppure le invia, se del caso, tramite l'organismo di collegamento all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Quest'ultima istituzione - ricevute le copie dall'assicurato o dall'istituzione competente - compila la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

A. Notifica del diritto

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
1.4 Riferimento: vostro modulo E 107 inviato il .....

2. La persona assicurata

2.1 Cognome(i) (3): .....
2.2 Nome(i) (4): ..... Data di nascita: .....
2.3 Cognome da nubile: .....
2.4 Indirizzo nel paese di residenza: .....
.....
2.5 Numero di identificazione personale: .....
2.6 La persona assicurata ☐ è un lavoratore subordinato
2.7 La persona assicurata ☐ è un lavoratore autonomo
2.8 La persona assicurata ☐ è un lavoratore frontaliero (subordinato)
2.9 La persona assicurata ☐ è un lavoratore frontaliero (autonomo)
2.10 La persona assicurata ☐ è un lavoratore disoccupato

3. Familiare (5)

3.1 Cognome(i) (3): .....
3.2 Nome(i) (4): ..... Data di nascita: .....
3.3 Cognome da nubile: .....
3.4 Indirizzo nel paese di residenza: .....
.....
3.5 Numero di identificazione personale: .....

4.1 ☐ La persona assicurata sopra indicata e i familiari (6) con essa residenti
4.2 ☐ I familiari (6) della persona disoccupata sopra indicata

5. hanno diritto alle prestazioni assicurative malattia e maternità in natura
dal .....

▼M11

E 106

6. Tale diritto si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato

6.2 ☐ per un anno dalla data specificata al punto 5 (7)

6.3 ☐ fino al ..... incluso (8)

7. Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione: .....

7.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

7.3 Indirizzo: .....

.....

.....

7.4 Timbro

7.5. Data: .....

7.6. Firma:

.....

B. Notifica dell'iscrizione (9)

8.

8.1 ☐ La persona assicurata di cui al punto 2 ed i suoi familiari

8.2 ☐ I familiari di cui al punto 3 della persona disoccupata

8.3 ☐ sono stati iscritti presso la nostra istituzione il .....

8.4 ☐ non possono essere iscritti presso la nostra istituzione perché .....

.....

9.

	Cognome(i) (3)	Nome(i) (4)	Cognome da nubile	Data di nascita	Numero di identificazione personale
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

10.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

10.3 Indirizzo: .....

.....

.....

10.4 Timbro

10.5 Data: .....

10.6 Firma:

.....

(2)

▼M11

E 106

Informazioni relative all'assicurato

a) *Il presente modulo dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità. Se siete disoccupati, non è questo il modulo adatto; esso è destinato unicamente ai vostri familiari residenti in uno Stato membro diverso da quello in cui siete assicurati.*

b) *I due esemplari di modulo in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete. Se siete disoccupato, il formulario dev'essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.*

c) *Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:*

in **Belgio**, *la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*

nella **Repubblica ceca**, *"Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;*

in **Danimarca**, *l'autorità comunale del luogo di residenza;*

in **Germania**, *la "Krankenkasse" (fondo assicurazione malattia) scelta dalla persona interessata;*

in **Estonia**, *"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia estone);*

in **Grecia**, *l'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA). L'ufficio locale rilascia alla persona interessata un "libretto sanitario" indispensabile per le prestazioni in natura;*

in **Spagna**, *la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al modulo una fotocopia;*

in **Francia**, *la "Caisse primaire d'assurance malarie" (cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Irlanda**, *l'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";*

in **Italia**, *in linea di massima, l'azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea;*

a **Cipro**, *l'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità), 1448 Lefkosia. Dietro richiesta, verrà rilasciata alla persona interessata una tessera sanitaria cipriota, senza la quale gli istituti medici statali non possono fornire prestazioni in natura;*

in **Lettonia**, *il "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*

in **Lituania**, *il "Territorial Patient Fund" (istituto malattia e maternità);*

in **Lussemburgo**, *la "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);*

in **Ungheria**, *il competente "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (ufficio locale assicurazione malattia);*

a **Malta**, *l'"Entitlement Unit, Ministry of Health", 23, John Street, Valletta;*

nei **Paesi Bassi**, *qualsiasi cassa malattia competente per il luogo di residenza;*

in **Austria**, *la "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Polonia**, *l'ufficio regionale del "Narodowy Funsdusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Portogallo**, *per* **il territorio continentale**: *il "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per* **Madera**: *il "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera) a Funchal; per le* **Azzorre**: *il "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;*

in **Slovenia**, *lo "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia);*

in **Slovacchia**, *la "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;*

in **Finlandia**, *l'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);*

in **Svezia**, *il "Försäkringkassan" (ufficio locale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

nel **Regno Unito**, *il "Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre" (ministero del Lavoro e delle pensioni, Servizio pensioni, centro pensioni internazionale), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, o, per l'rlanda del Nord, il "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (ministero dello Sviluppo sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Block 2, Castle Buildings, Belfast, se del caso;*

in **Islanda**, *il "Tryggingastofnun rikisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *l'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;*

in **Norvegia**, *il "lokale Trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*

in **Svizzera**, *l'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.*

d) *Il presente modulo è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al punto 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*

e) *Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione assicurativa alla quale il modulo è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.*

▼M11

E 106

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Da compilare soltanto qualora il modulo sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.

(3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da compilare soltanto se il modulo riguarda i familiari di un disoccupato. Indicare un familiare unicamente per la registrazione, in quanto i familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.

(6) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.

(7) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.

(8) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione greca, ungherese o britannica per lavoratori subordinati o autonomi.

(9) Se il modulo è rilasciato per rinnovare un attestato rilasciato in precedenza, non occorre compilare la parte B.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 107 [ ] (1)

RICHIESTA DI UN ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a); articolo 19, paragrafo 2; articolo 22, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 25, paragrafi 1, lettera a) e 3, lettera i); articolo 26, paragrafo 1; articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a); articolo 31, lettera a); articolo 52, lettera a); articolo 55, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafo 1; articolo 21, paragrafo 1; articolo 22, paragrafi 1 e 3; articolo 23; articolo 27 (prima frase); articolo 28; articolo 29, paragrafi 1 e 2; articolo 30, paragrafo 1; articolo 31, paragrafi 1 e 3; articolo 60, paragrafo 1; articolo 62, paragrafi 3, 4 e 7; articolo 63, paragrafi 1 e 3

L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione competente, tenendo conto delle disposizioni dei summenzionati articoli del regolamento (CEE) n. 574/72. Se l'istituzione ritiene di non potere inviare il modulo richiesto, deve compilare la parte B e rinviare una delle due copie all'istituzione mittente. Ove il paese competente sia il Belgio, il modulo va trasmesso all'istituto di assicurazione malattia, salvo nei casi in cui si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia riconosciuta come malattia professionale.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

A. Da compilare a cura dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora

1. Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....

2. ☐ La persona assicurata

2.1 Cognome(i) (2): .....
2.2 Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....
2.3 Cognome da nubile: .....
2.4 Indirizzo: .....
.....
2.5 Numero di identificazione personale (4): .....
2.6 ☐ Titolare ☐ Richiedente
della pensione di
☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ reversibilità
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale
2.7 Istituzione responsabile del versamento della pensione
.....

3. ☐ Ultimo datore di lavoro (5) ☐ Ultima attività come lavoratore autonomo (5)

3.1 Denominazione: .....
3.2 Indirizzo: .....
.....
3.3 Settore di attività (6): .....
3.4 Istituto di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro presso il quale il datore di lavoro è assicurato (7): .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 107

4. Familiare (8)

4.1	Cognome(i) (2)	Nome(i) (3)	Data di nascita	Numero di identificazione personale (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Indirizzo nel paese di residenza (9): .....

.....

5. Il ..... abbiamo ricevuto una richiesta da parte della persona menzionata

☐ al punto 2 ☐ al punto 4

per

5.1 ☐ la concessione di prestazioni in natura

5.2 ☐ il mantenimento del diritto alle prestazioni in natura

5.3 ☐ l'iscrizione presso la nostra istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

6. Le prestazioni in natura ☐ sono state accordate ☐ non sono state accordate

6.1 conformemente all'articolo ☐ 29, paragrafo 2 ☐ 60, paragrafo 1 ☐ 62, paragrafo 3, del reg. (CEE) n. 574/72.

6.2 Il richiedente ☐ non ha più esercitato un'attività fino a questo momento

☐ ha esercitato la seguente attività:

.....

7. Si prega di inviarci l'attestato riguardante il diritto alle prestazioni su

☐ modulo E .....

☐ certificato che sostituisce temporaneamente la tessera di assicurazione sanitaria europea o la stessa tessera di assicurazione sanitaria europea (ove possa essere rilasciata a norma della legislazione dello Stato competente)

valido/a dal ..... al .....

8. ☐ Rapporto medico accluso (10)

9. Istituzione del luogo di residenza o di permanenza

9.1 Denominazione: .....

9.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

9.3 Indirizzo: .....

.....

9.4 Timbro

9.5 Data: .....

9.6 Firma:

.....

▼M11

E 107

B. Da compilare a cura dell'istituzione competente

10.

10.1 ☐ Accludiamo il modulo sopra menzionato. Si prega di rinviarci una copia debitamente compilata e firmata (11).

10.2 ☐ Non possiamo rilasciarvi il documento richiesto nella parte A, perché

.....

.....

11. Istituzione competente

11.1 Denominazione: .....

11.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

11.3 Indirizzo: .....

.....

.....

11.4 Timbro

11.5 Data:

.....

11.6 Firma:

.....

▼M11

E 107

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Per le istituzioni italiane, indicare il "codice fiscale".

Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.

Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.

Per le istituzioni spagnole, fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".

(5) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato o autonomo in attività o un lavoratore disoccupato.

(6) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato ritenuto vittima di un infortunio sul lavoro.

(7) Per la Spagna: la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) o la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina" (direzione provinciale dell'istituto sociale della marina) per il regime speciale dei marittimi.

(8) Compilare soltanto per i familiari per i quali è stata presentata una domanda di registrazione. Per quest'ultima, indicare soltanto un familiare.

(9) Compilare soltanto se l'indirizzo dei familiari è diverso da quello del capofamiglia.

(10) Da accludere soltanto se necessario. In tal caso, apporre una X nella casella corrispondente.

(11) Per le istituzioni olandesi e svizzere e se la natura del modulo da rinviare lo consente.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 108 [ ] (1)

NOTIFICA DI SOSPENSIONE O DI SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DI ASSICURAZIONE MALATTIA-MATERNITÀ

Persone residenti in un paese diverso da quello competente

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a) e paragrafo 2; articolo 25, paragrafo 3, lettera i); articolo 26, paragrafo 1; articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a)
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafi 2 e 3; articolo 27; articolo 28; articolo 29, paragrafo 5; articolo 30; articolo 94, paragrafo 4; articolo 95, paragrafo 4

L'istituzione competente o del luogo di residenza deve compilare la parte A del modulo e inviarne due esemplari all'istituzione del luogo di residenza o all'istituzione competente (eventualmente tramite l'organismo di collegamento). L'istituzione che riceve il modulo deve compilare la parte B e rinviare una copia all'istituzione mittente.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

A. Notifica

1. Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....

2.
- ☐ Lavoratore subordinato
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Persona disoccupata
- ☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
- ☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)
- ☐ Richiedente la pensione
- ☐ Lavoratore frontaliero (subordinato)
- ☐ Lavoratore frontaliero (autonomo)

2.1 Cognome(i) (2):
.....
2.2 Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....
2.3 Cognome da nubile: .....
2.4 Indirizzo nel paese di residenza: .....
.....
2.5 Numero di identificazione personale (4):
.....

3. Familiare (5)

3.1 Cognome(i) (2):
.....
3.2 Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....
3.3 Cognome da nubile: .....
3.4 Indirizzo nel paese di residenza: .....
3.5 Numero di identificazione personale:
.....

▼M11

E 108

4. Il diritto alle prestazioni attestato dal nostro ☐ vostro ☐ modulo ..... del .....
è stato sospeso o soppresso per il seguente motivo:

4.1 ☐ L'assicurazione della persona sopra menzionata è scaduta il .....

4.2 ☐ Nessuno dei familiari iscritti della persona assicurata ha risieduto nel nostro ☐ vostro ☐ paese dal
.....

4.3 ☐ La pensione o rendita del titolare predetto è stata sospesa o soppressa dal .....

4.4 ☐ Il titolare del diritto alle prestazioni di cui al punto 2

o

☐ Il familiare di cui al punto 3

☐ non ha risieduto nel nostro ☐ vostro ☐ paese dal ..... (data)

☐ è deceduto il: ..... (data)

4.5 ☐ Il familiare di cui al punto 3 non soddisfa più le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato di residenza dal:
.....

4.6 ☐ ([6]): .....

5. ☐ Istituzione competente ☐ Istituzione del luogo di residenza

5.1 Denominazione: .....
5.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
5.3 Indirizzo: .....
.....
5.4 Timbro 5.5 Data: .....
5.6 Firma:
.....

B. Avviso di ricevimento della notifica

6. Abbiamo ricevuto la notifica (parte A) il .....

7. ☐ L' iscrizione della/e persona/e indicata/e nella parte A si è conclusa il .....

☐ Confermiamo la sospensione o la soppressione del diritto alle prestazioni di cui al punto 4 e che entrerà in vigore il
.....

8. ☐ Istituzione competente ☐ Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione: .....
8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
8.3 Indirizzo: .....
.....
8.4 Timbro 8.5 Data: .....
8.6 Firma:
.....

▼M11

E 108

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che per prima compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Per la competente istituzione italiana, indicare il "codice fiscale".

Per la competente istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.

Per la competente istituzione slovacca, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.

Per le istituzioni spagnole, fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli, il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".

(5) Compilare se la cessazione del diritto alle prestazioni interessa i familiari.

(6) Il motivo della sospensione/soppressione va indicato utilizzando le lettere seguenti:
a) Il titolare della pensione ha iniziato un'attività nel paese di residenza.
b) Un familiare ha iniziato un'attività nel paese di residenza.
c) Mancato versamento dei contributi.
d) Altro.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 109 [ ] (1)

CERTIFICATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DI UNA PERSONA ASSICURATA E PER L'AGGIORNAMENTO DEGLI ELENCHI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 2
Regolamento (CEE) n. 574/74: articolo 17, paragrafi 1, 2, 3 e 4; articolo 94, paragrafo 4

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie alla persona assicurata oppure le invia, se del caso, tramite l'organismo di collegamento all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Qualora i familiari del lavoratore risiedano nel Regno Unito, l'istituzione competente trasmette i due esemplari al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. L'istituzione del luogo di residenza - ricevute le copie citate - compila la parte B del modulo e ne restituisce una copia all'istituzione competente. Nel caso in cui i familiari risiedano in paesi diversi, si compila un attestato distinto per ciascuno dei paesi stessi.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

A. Notifica del diritto

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
1.4 In riferimento al vostro modulo E 107 inviato il .....

2. La persona assicurata

2.1 Cognome(i) (3): .....
2.2 Nome(i) (4): ..... Data di nascita: .....
2.3 Cognome da nubile: .....
2.4 Indirizzo: .....
.....
2.5 Numero di identificazione personale: .....
2.6 La persona assicurata ☐ è un lavoratore autonomo

3. Familiare

3.1 Cognome(i) (3): .....
.....
3.2 Nome(i) (4): ..... Data di nascita: .....
3.3 Cognome da nubile: .....
3.4 Indirizzo: .....
.....
3.5 Numero di identificazione personale: .....

4. I familiari del lavoratore di cui sopra hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a meno che:

☐ non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono (5)

☐ esercitino un'attività professionale (5)

5. Questo diritto decorre dal: .....

▼M11

E 109

6. e si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato

6.2 ☐ per un anno dalla data di cui al punto 5 (6)

6.3 ☐ fino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè

6.4 ☐ fino al (7) ..... incluso.

7. ☐ Si prega restituire la tessera europea d'assicurazione malattia del membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero ..... e valida fino al .....

8. Istituzione competente

8.1 Denominazione:
.....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....
.....

8.4 Timbro

8.5. Data: .....

8.6. Firma:
.....

B. Notifica dell'iscrizione (8)

9. ☐ (9)

I familiari seguenti non sono stati iscritti:

	Cognome(i) (3)	Nome(i) (4)	Data di nascita	Numero di identificazione personale
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

in quanto

☐ Non hanno diritto alle prestazioni

☐ Hanno già diritto alle prestazioni in natura

☐ Altri motivi

10. ☐ (9)

I seguenti familiari del lavoratore di cui al punto 2 sono stati iscritti:

	Cognome(i) (3)	Nome(i) (4)	Data di nascita	Numero di identificazione personale
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Il costo di tali prestazioni è a vostro carico. La data a decorrere dalla quale va calcolato l'importo forfettario di cui all'articolo 94 del regolamento (CEE) n. 574/72 è .....

▼**M11**

E 109

11.	Tessera europea d'assicurazione malattia
11.1	☐ Si rimette in allegato la tessera europea d'assicurazione malattia col numero ..... richiesta nella sezione 7
11.2	☐ Si prega indicare le misure da applicare riguardo la tessera europea d'assicurazione malattia emessa al membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero ..... e valida fino al .....

12.	Istituzione del luogo di residenza		
12.1	Denominazione:		
12.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
12.3	Indirizzo:		
	.....		
12.4	Timbro	12.5	Data: .....
		12.6	Firma:
			.....

Informazioni per la persona assicurata

a) *Il presente modulo dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia o maternità, nel paese ove risiedono, in conformità della legislazione di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza della legislazione citata.*

b) *Le due copie del presente modulo - appena in vostro possesso - devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare* **immediatamente** *all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove risiedono, e cioè*:
in **Belgio**, *la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*
nella **Repubblica ceca**, *allo "Zdravotní pojišťovna", (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;*
in **Danimarca**, *all'autorità comunale del luogo di residenza;*
in **Germania,** *alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;*
in **Estonia**, *all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia estone);*
in **Grecia**, *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*
in **Spagna**, *alla "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale);*
in **Francia**, *alla "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia);*
in **Irlanda**, *all'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";*
in **Italia**, *all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;*
a **Cipro**, *all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia), istituti malattia e maternità; dietro richiesta, verrà rilasciata alla persona interessata una tessera sanitaria cipriota, senza la quale gli istituti medici statali non possono fornire prestazioni in natura;*
in **Lettonia**, *al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*
in **Lituania**, *il "Territorial Patient Fund", istituti malattia e maternità;*
in **Lussemburgo**, *alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);*
in **Ungheria**, *al competente "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (ufficio locale assicurazione malattia);*
a **Malta**, *all'"Entitlement Unit, Ministry of Health", 23, John Street, Valletta;*
nei **Paesi Bassi**, *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza;*
in **Austria**, *alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*
in **Polonia**, *all'ufficio regionale del "Narodowy Funsdusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza;*
in **Portogallo**, per **il territorio continentale**: *al "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per* **Madera**: *al "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera) a Funchal; per le* **Azzorre**: *al "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;*
in **Slovenia**, *all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza;*
in **Slovacchia**, *alla "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata,*
in **Finlandia**, *all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);*
in **Svezia**, *al "Försäkringkassan" (ufficio locale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*
nel **Regno Unito**, *al "Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre" (ministero del Lavoro e delle pensioni, servizio pensioni, centro pensioni internazionale), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, o, per l'Irlanda del Nord, al "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (ministero dello Sviluppo sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
in **Islanda**, *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*
in **Norvegia**, *al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*
in **Svizzera,** *all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Organismo di collegamento presso l'assicurazione federale di malattia), Solothurn.*

c) *Il presente modulo è valido dalla data indicata alla sezione 5 del medesimo e per la durata segnalata al punto 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*

d) *Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono o il mutamento dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di permanenza vostro o dei vostri familiari.*

▼M11

E 109

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.

(3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Apporre una X nella casella ove il modulo sia destinato ad un'istituzione irlandese o britannica.

(6) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.

(7) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione greca, ungherese o britannica per lavoratori subordinati o autonomi.

(8) Ove il presente attestato sia rilasciato per rinnovare l'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.

(9) Delle due sezioni 9 e 10, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.

▼M10

▼M6

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 2 e 3

E 111 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE LA DIMORA IN UNO STATO MEMBRO

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22 bis ; art. 22. 3; art. 31.a; art. 34 bis
Reg. 574/72 : art. 20.4; art. 21.1 ; art. 23 ; art. 31.1 e 3

«ATTENZIONE: IL PRESENTE DOCUMENTO NON DÀ ALCUN DIRITTO SE LO SCOPO DEL VIAGGIO È QUELLO DI RICEVERE UNA CURA MEDICA ALL'ESTERO»

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori subordinati) ☐ Studente

☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori autonomi) ☐ Altra persona assicurata

(Cognome (1 bis), Cognomi precedenti (1 bis), D.N.I. (2 bis), Indirizzo (2))

1.1 Numero di identificazione (2 bis): ..... Data di nascita: .....

2 Familiari (3)

2.1	Cognome (1 bis)	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	Numero di identificazione (2 ter)
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo abituale (2) (4) .....
.....

3 Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte

3.1 (5) ☐ dal ..... al ..... incluso

3.2 (5) ☐ con decorrenza dal .....

▼M6

E 111

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (6): .....

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

4.6 Convalida dal ..... al .....

4.7 Timbro 4.8 Data:

.....

4.9 Firma

.....

4.10 Convalida dal ..... al .....

4.11 Timbro 4.12 Data:

.....

4.13 Firma

.....

5 Istituzione competente francese per gli infortuni della vita privata dei lavoratori autonomi agricoli

5.1 Denominazione: ..... Numero di codice (6): .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

L'istituzione competente o, se del caso, l'istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o il familiare, compila il formulario e lo restituisce all'interessato, oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora, ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima. In caso di soggiorno nel Regno Unito, il presente stampato non è necessario.

Avvertenze per l'assicurato e i suoi familiari

a) *Il presente documento consente:*

— *in caso di necessità immediata, al lavoratore dipendente o autonomo, allo studente o ad un'altra persona assicurata e ai familiari elencati al quadro 2, che si trovino temporaneamente in un paese diverso dallo Stato competente, e*

— *al titolare di pensione o rendita e ai suoi familiari indicati al quadro 2 che si trovino temporaneamente in un paese diverso da quello ove risiedono abitualmente,*

di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto paese di dimora, le prestazioni in natura in caso di malattia (nonché in caso di malattie croniche e di malattie preesistenti) o di maternità e, a titolo provvisorio in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

b) *Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento* deve essere presentato *all'istituzione di assicurazione del paese di dimora, e cioè:*

in **Belgio,** *all'organismo scelto («mutualité»);*

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen al «magistrat» e nel comune di Frederiks-berg alla «kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica ed i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sovraindicati. Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni. Il locale ufficio sociale e di sanità («social- og sundhedsforvaltning») fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere;*

in **Germania,** *alla cassa malattia scelta dall'interessato;*

in **Grecia,** *in generale, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che rilascerà all'interessato un libretto sanitario,* senza il quale le prestazioni in natura non vengono concesse;

▼M6

E 111

in **Spagna,** *ai servizi ospedalieri e medici del sistema spagnolo sanitario della sicurezza sociale. Si dovrà esibire il modulo unitamente ad una fotocopia;*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

in **Italia,** *per la totalità degli assistiti, all'unità sanitaria locale (USL) competente per territorio, che rilascerà all'interessato un libretto modulario; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea competente per territorio;*

in **Lussemburgo,** *alla cassa malattia scelta dall'interessato;*

nei **Paesi Bassi,** *all'«ANOZ Verzekeringen» (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht. Si può ottenere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ; se una persona deve essere ricoverata in ospedale, l'attestato di ammissione e l'attestato E 111 saranno inviati dall'ospedale all'ANOZ Verzekeringen;*

in **Austria,** *alla «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale);*

in **Portogallo, per il continente:** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità);* per Madera, *alla «Direcção Regional de Saúde Pública» (Direzione generale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della sanità) a Angra do Heroísmo;*

in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), qualora si desideri un risarcimento per spese mediche affrontate nel settore privato. Prestazioni in natura possono essere ottenute dai centri sanitari municipali e dagli ospedali pubblici mediante esibizione di questo certificato;*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale). L'assistenza dei servizi medici (ospedale, medico, dentista, ecc.) si può ottenere senza contattare tale istituzione;*

in **Islanda,** *al «tryggingastofnun rikisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

nel **Liechtenstein,** *all'«Amt für Volkswirtschaft» (Ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;*

in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontor» (ufficio assicurativo locale). L'assistenza si può ottenere senza contattare l'istituzione menzionata. Qualora si desideri ricevere assistenza è necessario esibire il formulario.*

c) Per ottenere le prestazioni in denaro la persona interessata, entro 3 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, dovrà rivolgersi all'istituzione del luogo di dimora ed esibire una notifica di cessazione del lavoro o, qualora la legislazione dell'istituzione competente o dell'istituzione del luogo di dimora lo prevedano, un certificato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico in cui si specifica il trattamento medico che la persona interessata dovrà seguire.

NOTE

* SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica anche ad Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

([1]) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

([1 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

([2]) Via, numero, codice postale, località, paese.

([2 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta.

([2 ter]) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

([3]) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente in un altro Stato membro.

([4]) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o rendita.

([5]) Le due indicazioni sono in alternativa; compilare solo quella che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

([6]) Indicare, se esiste.

▼M6

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

REGIME LAVORATORI AUTONOMI

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 111 | B | (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE LA DIMORA IN UNO STATO MEMBRO

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a
Reg. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 e 3

ATTENZIONE: IL PRESENTE DOCUMENTO NON DÀ ALCUN DIRITTO SE LO SCOPO DEL VIAGGIO È QUELLO DI RICEVERE UNA CURA MEDICA ALL'ESTERO

1 ☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione [Cognome (1 bis), cognomi precedenti (1 bis) nomi, indirizzo (2)]

1.1 Numero di identificazione (1 ter): ..... Data di nascita: .....

2 Familiari (3)

2.1 Cognome (1 bis)	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	Numero di identificazione (1 ter)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo abituale (2) (4): .....
.....

SOLO RICOVERO OSPEDALIERO

3 Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura soltanto in caso di ricovero ospedaliero

3.1 dal ..... al ..... incluso.

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro

4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

4.6 Convalida dal ..... al ..... 4.7 Timbro 4.8 Data: ..... 4.9 Firma	4.10 Convalida dal ..... al ..... 4.11 Timbro 4.12 Data: ..... 4.13 Firma .....

①

▼M6

REGIME LAVORATORI AUTONOMI | **E 111** | **B**

4.14 Convalida dal ..... al ..... 4.15 Timbro 4.16 Data: ..... 4.17 Firma	4.18 Convalida dal ..... al ..... 4.19 Timbro 4.20 Data: ..... 4.21 Firma .....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

L'istituzione competente o, se del caso, l'istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita, compila il formulario e lo restituisce all'interessato oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima. In caso di soggiorno nel Regno Unito, il presente stampato non è necessario.

Avvertenze per l'assicurato e i suoi familiari

a) *Il presente documento consente:*
   - *al lavoratore autonomo e ai suoi familiari elencati nel quadro 2, che si trovano temporaneamente in un paese diverso da quello competente, e*
   - *al titolare di pensione o di rendita del regime autonomi e ai suoi familiari elencati nel quadro 2 che si trovano temporaneamente in un paese diverso da quello in cui risiedono abitualmente*

   di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del paese di soggiorno, le prestazioni in natura, unicamente in caso di ricovero ospedaliero (anche in caso di malattie croniche e di malattie preesistenti).

b) *Quando è necessario il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora, e cioè:*

   in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen al «magistrat» e nel comune di Frederiks-berg alla «kommunalbestyrelse». Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni;*

   in **Germania,** *alle cassa malattia sulta dall'interessato;*

   in **Grecia,** *all'ufficio regionale o locale dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IKA), che rilascerà all'interessato un libretto sanitario,* senza il quale le prestazioni in natura non vengono concesse;

   in **Spagna,** *ai servizi ospedalieri comunicati nell'ambito del regime della sicurezza sociale. Esibire il modulo unitamente ad una fotocopia;*

   in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

   in **Irlanda,** *all'«Health Board» (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

   in **Italia,** *all'unità sanitaria locale (USL) competente per territorio che rilascerà all'interessato un libretto-modulario;*

   in **Lussemburgo,** *alla «Caisse de maladie des ouvriers» (Cassa malattia degli operai);*

   nei **Paesi Bassi,** *all'«ANOZ» Verzekeringen (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*

   in **Austria,** *alla «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il vostro luogo di dimora;*

   in **Portogallo, per il continente,** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora;* **per Madera:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Direzione regionale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre:** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della sanità) a Angra do Heroísmo;*

   in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale) e all'ospedale che fornisce il trattamento. Il formulario dovrà essere esibito per ciascuna richiesta di prestazioni;*

   in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di dimora;*

   in **Islanda,** *al «tryggingastofnun rikisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

   nel **Liechtenstein,** *all'«Amt für Volkswirtschaft» (Ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;*

   in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di dimora.*

NOTE

* SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica anche ad Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione; B = Belgio.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o codice fiscale.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente in un altro Stato membro.

(4) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o rendita.

(5) Indicare, se esiste.

▼M2

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 112 [ ] (1)

CERTIFICATO RIGUARDANTE IL MANTENIMENTO DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI MALATTIA-MATERNITÀ ATTUALMENTE FORNITE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22, paragrafo 1, lettera b).i; articolo 22, paragrafo 1, lettera c).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 22, lettera a); articolo 31
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 22, paragrafi 2 e 3; articolo 23; articolo 31, paragrafi 1 e 3

L'istituzione competente o l'istituzione del luogo di residenza della persona assicurata, del titolare di pensione o del suo familiare trasmette il presente modulo alla persona assicurata, al titolare di pensione o al suo familiare. Ove la persona assicurata o il titolare di pensione si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia del modulo anche al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

1. [ ] Persona assicurata — [ ] Familiare della persona assicurata
   [ ] Lavoratore autonomo — [ ] Familiare del lavoratore autonomo
   [ ] Titolare di pensione (lavoratore subordinato) — [ ] Familiare del titolare di pensione (lavoratore subordinato)
   [ ] Titolare di pensione (lavoratore autonomo) — [ ] Familiare del titolare di pensione (lavoratore autonomo)

1.1 Cognome(i) (2): .....

1.2 Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....

1.3 Cognome(i) da nubile: .....

1.4 Indirizzo nel paese di residenza: .....

1.5 Indirizzo nel paese ove l'interessato si reca: .....

1.6 Numero di identificazione personale (4): .....

2. La persona sopra indicata è autorizzata a conservare il diritto alle prestazioni in natura

[ ] dell'assicurazione malattia-maternità [ ] dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5)
in ..... (paese), ove si reca

2.1 [ ] per stabilire la propria residenza

2.2 [ ] per sottoporsi a cure presso (6) .....
o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche.

2.3 [ ] per inviare campioni biologici per le analisi, senza che la persona interessata sia presente.

3. In virtù del presente certificato, le predette prestazioni possono essere concesse
dal ..... al ..... incluso.

4. Il rapporto del nostro medico di controllo

4.1 [ ] è allegato in busta chiusa

4.2 [ ] è stato inviato il ..... a (7) .....

4.3 [ ] può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

4.4 [ ] non è stato compilato

5. Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....

5.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

5.3 Indirizzo: .....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma: .....

▼M11

E 112

Istruzioni per la persona interessata

Il presente modulo deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito, e cioè:
in **Belgio**, *alla "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*
nella **Repubblica ceca**, *allo "Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) scelto;*
in **Danimarca**, *al fornitore delle prestazioni, in genere il medico generico che vi invierà da uno specialista;*
in **Germania**, *alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;*
in **Estonia**, *all'"Eesti Haigekassa" (Agenzia di assicurazione malattia);*
in **Grecia**, *in linea di massima, all'"ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA)" che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*
in **Spagna**, *ai servizi medico-ospedalieri del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al modulo una fotocopia;*
in **Francia**, *alla "Caisse primaire d'assurance malaie" (cassa primaria di assicurazione malattia);*
in **Irlanda**, *all'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";*
in **Italia**, *all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;*
a **Cipro**, *all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità), 1448 Lefkosia;*
in **Lettonia**, *al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*
in **Lituania**, *al "Territorial Patient Fund" (fondo territoriale dei pazienti) e agli istituti di malattia-maternità;*
in **Lussemburgo**, *alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);*
in **Ungheria**, *al fornitore delle cure;*
a **Malta**, *al servizio sanitario nazionale (medico, dentista, ospedale, centro sanitario) presso cui vengono dispensate le cure;*
nei **Paesi Bassi**, *in caso di trasferimento di residenza, alla cassa di malattia competente per il luogo di residenza e, in caso di soggiorno temporaneo, all "Agis Verzekeringen", Utrecht;*
in **Austria**, *alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale), competente per il luogo di residenza o di permanenza;*
in **Polonia**, *all'ufficio regionale del "Narodowy Funsdusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza o di permanenza;*
in **Portogallo, per il continente**: *all'"Administração Regional de Saúde" (amministrazione regionale della sanità) del luogo di residenza o di permanenza;* **per Madera**: *al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza;* **per le Azzorre**: *al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza;*
in **Slovenia**, *all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*
in **Slovacchia**, *alla "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;*
in **Finlandia**, *all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale. Il modulo dovrà essere esibito al centro sanitario municipale o all'ospedale pubblico che fornisce il trattamento;*
in **Svezia**, *al "Försäkringskassan" (ufficio di previdenza sociale). Occorre presentare il modulo all'istituto sanitario che dispensa le cure;*
nel **Regno Unito**, *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;*
in **Islanda**, *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*
in **Norvegia**, *al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale);*
in **Svizzera**, *all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Ufficio di collegamento con l'assistenza federale di assicurazione malattia), Solothurn. Il modulo va presentato al medico o all'ospedale che dispensa le cure.*

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
(2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
(3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(4) Indicare il numero della persona assicurata ove il familiare non possieda un numero di identificazione personale.
(5) Da compilare da parte delle istituzioni francesi per lavoratori agricoli autonomi.
(6) Compilare se possibile.
(7) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

▼M5

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 113 ☐ (1)

RICOVERO OSPEDALIERO — NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23; art. 26.3; art. 27; art. 28; art. 31.2 e 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Va compilato dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente. Ove si tratti di una istituzione competente danese o del Regno Unito, non occorre compilare lo stampato.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati) ☐ Studente
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi) ☐ Altra persona assicurata
☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (2 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (2 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2)
.....
.....
2.4 Numero di identificazione (2 ter) .....

3 Familiare ricoverato

3.1 Cognome (2a)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (3)
.....
3.4 Numero di identificazione (2 ter): .....

4 Riferimento:
4.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (4)
4.2 ☐ al nostro modulo E 107 del .....

A. Notifica di entrata

5 La persona indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3
5.1 è stata ricoverata il .....
5.2 presso (5) .....
5.3 a seguito di ☐ malattia ☐ maternità ☐ infortunio sul lavoro (6)
☐ malattia professionale (7) ☐ infortunio nella vita privata (8)
5.4 Si presume che la degenza si protrarrà sino al .....
5.5 ☐ (9) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

▼M5

E 113

B. Notifica di uscita

6 La degenza notificata

☐ con modulo E 113 del .....

☐ nella parte A che precede

e terminata il .....

7 Istituto del luogo di residenza o di dimora

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (2): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

* SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica anche ad Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta, o passaporto/C.F. Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o codice fiscale. Le persone assicurate in Svezia dovranno esibire il numero di identificazione personale nazionale.

(3) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.

(4) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.

(5) Denominazione dell'istituto di cura.

(6) Se la vittima è assicurata in Belgio o nel Liechtenstein, si indichi il nome e l'indirizzo del datore di lavoro.

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

.....

(7) Da indicare, se possibile.

(8) Da compilare per le istituzioni francesi di lavoratori agricoli autonomi e per le istituzioni portoghesi.

(9) Se del caso, riportare una X nel quadratino.

②

▼M5

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 114 ☐ (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 24; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23;
art. 26.3; art. 27; art. 28; art. 31.2 e 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 e 3

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura effettivamente sostenute. L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette all'istituzione competente una o due copie dello stampato a seconda che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 7.1 o il punto 7.2. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni, dovrà compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora. Ove si tratti di una istituzione competente del Regno Unito, non occorre compilare lo stampato.

A. Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....
.....

2 (3) ☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati) ☐ Studente
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi) ☐ Altra persona assicurata
☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....
2.4 Numero di identificazione (3 ter): .....

3 Familiare in causa

3.1 Cognome (3 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (4):
.....
3.4 Numero di identificazione (3 ter): .....

4 Riferimento:
4.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (5)
4.2 ☐ al nostro modulo E 107 del .....
5 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata
☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3
5.1 ☐ la necessità ☐ l'urgenza assoluta
5.2 delle seguenti prestazioni: .....
.....
5.3 il cui costo ☐ probabile ☐ effettivo ai sensi della nostra legislazione è di
..... (6)
6 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (7)
7 Le prestazioni citate al punto 5.2 (8)
7.1 ☐ sono già state accordate d'urgenza in data .....
7.2 ☐ saranno accordate qualora, entro 15 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione

▼M5

E 114

8	Istituzione del luogo di residenza o di dimora		
8.1	Denominazione:	.....	
8.2	Indirizzo (2):	.....	
	.....		
8.3	Timbro	8.4 Data:	.....
		8.5 Firma	.....

B. Eventuale opposizione dell'istituzione competente

9 In riferimento al punto 7.2 vi comunichiamo che le prestazioni indicate al punto 5.2 non possono essere erogate.

Motivi:

.....

.....

10	Istituzione competente				
10.1	Denominazione:	.....	Numero di codice (9):	.....	
10.2	Indirizzo (2):	.....			
	.....				
10.3	Timbro		10.4 Data:	.....	
			10.5 Firma	.....	

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

* SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica ad Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Se la vittima è assicurata in Belgio o Liechtenstein, indicare il nome e l'indirizzo del datore di lavoro.

Nome o ragione sociale:	.....
Indirizzo (2):	.....
.....	

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(3 ter) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale. Le persone assicurate in Svezia dovranno esibire il numero di identificazione personale nazionale.

(4) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.

(5) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.

(6) Importo da indicare nella moneta del paese di dimora o di residenza.

(7) Nell'eventualità che venga allegato il rapporto di cui trattasi, riportare una X nel quadratino.

(8) Quando si tratta di un lavoratore autonomo belga, portare sul conto **unicamente** le prestazioni in natura in caso di ricovero ospedaliero.

(9) Indicare, se esiste.

---

②

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 115 ☐ (1)

DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25 paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii.
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64

Se il modulo si riferisce ad un lavoratore in attività, deve esserne compilata una sola copia e trasmessa all`istituzione competente di assicurazione malattia e maternità o di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Se, invece, il modulo riguarda una persona disoccupata, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due da indirizzare l'una all'istituzione di assicurazione disoccupazione competente, l'altra all'istituzione corrispondente del paese ove il lavoratore disoccupato si trova in cerca di lavoro.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da tre pagine.

1. Istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo: .....

.....

1.3 Numero di identificazione dell'istituzione:

.....

2. ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore disoccupato

2.1 Cognome(i) (2): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....

2.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

2.3 Numero di identificazione personale:

.....

2.4 detentore di un modulo E 119 rilasciato il ..... (3)
e di un modulo E 303 rilasciato il ..... (3)

3. Datore di lavoro (4)

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo: .....

.....

A. ☐ (5) **Domanda di prestazioni**

4. La persona di cui al punto 2, il ..... (data)
ha chiesto prestazioni in denaro per

☐ un trattamento ospedaliero dal ..... al .....(date) presso un ospedale o centro di prevenzione o rieducazione (6)

☐ inabilità al lavoro
a seguito di

4.1 ☐ malattia ☐ maternità (data probabile del parto: .....)
☐ infortunio sul lavoro ☐ infortunio occorso il .....(data)
☐ malattia professionale ☐ adozione ☐ compenso ridotto in caso di maternità e adozione

▼**M11**

E 115

5. Il certificato del medico curante
☐ è allegato ☐ non ha potuto essere presentato

6. In base al parere del nostro medico di controllo ☐ di cui si allega il rapporto
☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

6.1 ☐ l'inabilità al lavoro ha avuto inizio il .....
e si protrarrà fino al .....

6.2 ☐ non vi è inabilità al lavoro (7)

7. ☐ L'interessato non ha ottemperato alle norme previste dalla nostra legislazione e precisamente:
.....
.....

8. ☐ L'inabilità al lavoro è stata causata, presumibilmente, da incidente dovuto a responsabilità di terzi.

8.1 ☐ L'inabilità al lavoro è dovuta ad altre circostanze specifiche illustrate nei documenti allegati.

8.2 ☐ Si allega un rapporto su tale incidente nonché l'indirizzo del terzo coinvolto.

8.3 ☐ Si allega al modulo altra documentazione riguardo alla causa dell'inabilità al lavoro.

9. ☐ Siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro. Si prega di comunicarci se siete d'accordo su tale procedura e, in caso affermativo, di fornirci tutte le informazioni necessarie per il pagamento delle prestazioni (8).

10. ☐ Non siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro.

B. ☐ (5) **Prolungamento dell'inabilità al lavoro**

11. In riferimento al

11.1 ☐ nostro modulo E 115 del ..... (data)

11.2 ☐ vostro modulo E 117 del ..... (data)

11.3 si comunica che in base al parere del nostro medico di controllo

☐ di cui si allega il rapporto

☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

la persona di cui al punto 2 sarà presumibilmente inabile al lavoro fino al ..... incluso.

12. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

12.1 Denominazione: .....

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

12.3 Indirizzo: .....
.....

12.4 Timbro

12.5 Data: .....

12.6 Firma:
.....

▼M11

E 115

Informazioni per la persona interessata

Per l'Italia, trasmettere il presente modulo - in caso di malattia o maternità - all'ufficio locale dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale all'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

Per i Paesi Bassi, qualora fosse sconosciuto l'istituto competente di assicurazione malattia, inviare il formulario allo UWW, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

In Slovenia trasmettere il presente modulo - in caso di prestazioni in denaro per maternità – al competente "Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke" (centro affari sociali, Ljubljana Bežigrad, unità centrale per la tutela parentale e la prestazioni familiari) e, in caso d'inabilità al lavoro, all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia).

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

(3) L'indicazione è da riportare, se del caso, solo se trattasi di lavoratore disoccupato.

(4) Per il lavoratore disoccupato, indicare l'ultimo datore di lavoro.

(5) La redazione delle parti A o B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata.

(6) Nel caso di persone assicurate presso una cassa malattia tedesca o un'istituzione austriaca o belga, ove all'atto di rilascio del modulo ignori la data esatta di uscita dall'ospedale della persona interessata, l'istituzione di sicurezza sociale del luogo di residenza è tenuta a fornire successivamente tali informazioni nel più breve tempo possibile.

(7) Allegare copia del modulo E 118 inviato all'interessato.

(8) Se il modulo è inviato ad una un'istituzione tedesca, italiana, ungherese o polacca, non si deve contrassegnare questa casella.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 116 [ ] (1)

RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO
(MALATTIA, MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO, MALATTIA PROFESSIONALE)

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettera b).ii; paragrafo 1, lettera c).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettere b).ii e c).ii
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64; articolo 65, paragrafi 2 e 4

Da compilare a cura del medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e che deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa, se trattasi di un caso di malattia o di maternità (2).

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Istituzione competente destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
1.4 Riferimento: nostro modulo E 116 del ..... (data)

2. Accluso ad un modulo E 115 del ..... (data)

3. La persona interessata

3.1 Cognome(i) (3): .....
.....
3.2 Cognome da nubile (se diverso):
.....
3.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....
3.4 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora: .....
.....
3.5 Numero di identificazione personale:
.....

4. Il sottoscritto ..... , dottore in medicina, dopo aver esaminato la persona sopra menzionata il ..... ,

4.1 ritiene che si tratta di

☐ un caso di malattia ☐ un caso di maternità (data probabile del parto: .....)

4.2 ritiene che si tratta probabilmente di

☐ un infortunio sul lavoro ☐ una malattia professionale ☐ un incidente

4.3 ☐ una ricaduta o aggravamento

▼M11

E 116

A. Rapporto generale

5. Da compilare in tutti il casi

5.1 Anamnesi medica e sintomi attuali: .....

.....

.....

5.2 Esame clinico: .....

.....

.....

5.3 Altre osservazioni: .....

.....

.....

5.4 Esami speciali ([4]): .....

.....

.....

5.5 Diagnosi: .....

.....

.....

5.6 Conclusioni: .....

.....

.....

5.7 ☐ L'inabilità al lavoro non è riconosciuta

5.8 ☐ L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere dal ..... al .....

5.9 ☐ La persona interessata è riconosciuto in parte inabile al lavoro per (..... %) dal ..... al ..... ([5])

5.10 ☐ La persona interessata sarà sottoposta ad un ulteriore controllo medico il .....

5.11 ☐ La persona interessata è in grado di lavorare dal .....

B. Rapporti in caso di infortunio sul lavoro

6. Primo rapporto medico

6.1 L'infortunio ha provocato le seguenti lesioni ([6]): .....

.....

.....

.....

6.2 Tali lesioni ☐ hanno avuto ☐ avranno come conseguenza ([7])

.....

.....

.....

6.3 L'inabilità al lavoro ha avuto inizio il .....

6.4 La persona infortunata è curata

☐ al proprio domicilio ☐ presso l'ambulatorio medico

☐ in ospedale ☐ altrove

Indirizzo ([8]):

.....

.....

▼**M11**

E 116

7. Ultimo rapporto medico

7.1 Il trattamento si è concluso il: .....

7.2 Le lesioni si sono stabilizzate il: .....

7.3 ☐ con una guarigione completa

7.4 ☐ ed avranno presumibilmente come conseguenza:

.....

.....

.....

7.5 Descrizione particolareggiata dello stato della persona infortunata dopo la guarigione o la fine del trattamento medico:

.....

.....

.....

.....

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora:

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

.....

8.4 Timbro

8.5. Data: .....

8.6. Firma:

.....

NOTE

([1]) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

([2]) Il modulo E 116 non è richiesto per domande di prestazioni di maternità erogabili in Belgio. Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente modulo dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia. Per la Repubblica ceca, il Liechtenstein, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia, il modulo è compilato dal medico curante della persona interessata e verificato dall'ente assicurativo.

([3]) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

([4]) Indicare il tipo di esame e la data.

([5]) Qualora la richiesta provenga dalla Norvegia.

([6]) Indicare il genere e la natura delle lesioni e le parti del corpo lese: frattura del braccio; contusione alla testa, alle dita; lesioni interne; asfissia, ecc.

([7]) Indicare le conseguenze certe o presunte delle lesioni constatate: morte, inabilità permanente o temporanea, totale o parziale; in caso di inabilità temporanea, verificarne la durata presunta.

([8]) Ove le cure siano dispensate in ospedale, indicare anche la denominazione dell'ospedale stesso.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 117 [ ] (1)

CONCESSIONE DI PRESTAZIONI IN DENARO IN CASO DI MATERNITÀ E DI INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii
Reg.olamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 6 e 8; articolo 24; articolo 26, paragrafo 7; articolo 61, paragrafi 6 e 8; articolo 64.

L'istituzione competente compila il presente modulo e lo invia all'istituzione del paese di residenza o di dimora. L'istituzione competente inoltre informa il lavoratore qualora le prestazioni in denaro siano corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine.

1. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....

2. Riferimento: vostro modulo E 115 del ..... (data)

3. ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore disoccupato

3.1 Cognome(i) (2): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....
3.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora: .....
.....
3.4 Numero di identificazione personale:
.....

4. La persona di cui al punto 3

4.1 ☐ ha diritto a titolo temporaneo alle prestazioni in denaro
dal ..... al ..... , con possibilità di proroga

4.2 ☐ non ha diritto alle prestazioni in denaro
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

4.3 ☐ non ha più diritto alle prestazioni in denaro dal ..... (data)
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

5. Le prestazioni saranno versate (3)

5.1 ☐ a nostra cura
5.2 ☐ a vostra cura per nostro conto (4)
5.3 ☐ dal datore di lavoro (5)
dal ..... al ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 L'indennità deve essere versata per tutti i giorni della settimana, eccetto
☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Domenica
6.2 L'importo giornaliero netto di tale indennità ammonta a
..... (9) se la persona assicurata non è ricoverata in ospedale;
..... (9) se la persona assicurata è ricoverata in ospedale
6.3 ☐ Qualora l'indennità sia versata su base mensile, l'importo pagato si riferisce a 30 giorni, indipendentemente dal numero di giorni del mese

▼M11

E 117

7. Si prega di informarci quanto prima del risultato

7.1 ☐ di un esame ([10]): .....

7.2 ☐ di un controllo amministrativo: .....

7.3 ☐ di un ulteriore esame medico, da eseguire verso il .....(data)

8. Istituzione competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

.....

8.4 Timbro

8.5 Data: .....

8.6 Firma:

.....

NOTE

([1]) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES =Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

([2]) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

([3]) Non occorre compilare per le persone disoccupate alle quali è stato rilasciato un modulo E 119.

([4]) L'istituzione competente può qui indicare il metodo di pagamento.

([5]) Quando il formulario è inviato ad un'istituzione francese, polacca, italiana o ungherese, non occorre contrassegnare la casella.

([6]) Va compilato dalle istituzioni danesi, tedesche, lussemburghesi, polacche, ungheresi o slovacche.

([7]) Va compilato dalle istituzioni tedesche, lussemburghesi, polacche, slovacche e spagnole.

([8]) Compilare unicamente nel caso di cui al punto 5.2.

([9]) Indicare l'importo in valuta nazionale.

([10]) Indicare il tipo di esame medico richiesto (radiografia, analisi di …, ecc.).

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 118 [ ] (1)

NOTIFICA DI NON RICONOSCIMENTO O DI CESSAZIONE DELL'INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettere a) ii, b) ii e c) ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettere a) ii, b) ii e c) ii
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 4 e 6; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 4 e 6; articolo 64

Se il modulo riguarda un lavoratore assicurato in attività, l'istituzione del luogo di residenza o di dimora (l'istituzione competente) redige due copie del modulo, una delle quali va inviata al lavoratore assicurato in questione e l'altra all'istituzione di assicurazione malattia e maternità o all'istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali del paese competente (del luogo di residenza o di dimora). Se riguarda una persona disoccupata, oltre alle copie menzionate (una delle quali va inviata alla persona disoccupata in questione), occorre redigere due copie supplementari, una della quali va trasmessa all'istituzione competente di assicurazione contro la disoccupazione e l'altra alla corrispondente istituzione del paese in cui la persona disoccupata si è recata per cercare lavoro.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine e da un allegato di 3 pagine.

1. Il beneficiario

1.1 Cognome(i): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....

1.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza o di permanenza: .....

1.4 Numero di identificazione personale: .....

2. ☐ Istituzione competente ☐ Istituzione del luogo di residenza o di dimora

2.1 Denominazione: .....

2.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.3 Indirizzo: .....

3. ☐ Dai fatti portati a nostra conoscenza

☐ Dal controllo effettuato dal nostro medico il ..... (data)
è risultato che

3.1 ☐ l'inabilità al lavoro è soltanto parziale

3.2 ☐ l'interessato ha diritto ad un'indennità parziale d'importo pari a ..... (2)
dal ..... (data)

3.3 ☐ non sussiste inabilità al lavoro

3.4 ☐ l'inabilità al lavoro è terminata il ..... (3)

3.5 ☐ L'ultimo giorno di erogazione delle prestazioni in denaro è il .....

3.6 ☐ L'istituzione competente stabilirà quando cesseranno le prestazioni in denaro

3.7 ☐ L'interessato non ha diritto alle indennità perché .....

4. ☐ Istituzione del luogo di residenza o di dimora ☐ Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....

4.2 Codice di identificazione dell'istituzione: .....

4.3 Indirizzo: .....

4.4 Timbro

4.5 Data: .....

4.6 Firma: .....

▼M11

E 118

Informazioni per il lavoratore subordinato, il lavoratore autonomo o il lavoratore disoccupato.

Avverso la decisione notificata mediante il presente documento, è possibile presentare ricorso. Per particolari circa i mezzi di ricorso e i termini di inoltro, leggere l'allegato. Quanto alle procedure e ai tempi, occorre seguire le istruzioni indicate per lo Stato competente.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: AT = Austria; BE = Belgio; CY=Cipro; CZ = Repubblica ceca; DE = Germania; DK = Danimarca; EE = Estonia; ES = Spagna; FIN = Finlandia; FR = Francia; UK = Regno Unito; GR = Grecia; HU = Ungheria; IE = Irlanda; IT = Italia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; LV = Lettonia; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; PL = Polonia; PT = Portogallo; SE = Svezia; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Informazioni da fornire unicamente se l'istituzione competente compila il modulo. Indicare se le prestazioni sono fornite a cadenza giornaliera, settimanale o mensile.

(3) Si indichi l'ultimo giorno d'inabilità al lavoro.

▼M11

E 118 allegato

MEZZI DI RICORSO E TERMINI

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafo 4; articolo 61, paragrafo 4

1. Belgio
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso per iscritto, datato e firmato, da depositare o trasmettere per lettera raccomandata alla cancelleria del tribunale del lavoro competente, entro il termine di tre mesi dal giorno di notifica del provvedimento impugnato.

Per tribunale del lavoro competente, si intende:

a) ove l'interessato abbia il proprio domicilio in Belgio, il tribunale del lavoro della circoscrizione in cui si trova il domicilio stesso;

b) ove l'interessato non dimori o non dimori più in Belgio, il tribunale del lavoro della circoscrizione in cui dimorava da ultimo o risiedeva da ultimo in Belgio;

c) ove l'interessato non abbia dimorato o risieduto in Belgio, il tribunale del lavoro della circoscrizione della sua ultima occupazione in Belgio.

2. Repubblica ceca
Avverso la notifica in allegato, l'interessato ha il diritto di introdurre un ricorso presso la competente istituzione ceca di cui ai punti 2 o 4 entro tre giorni dal ricevimento della notifica. Nella decisione sono indicati i termini di ricorso.

3. Danimarca
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di quattro settimane a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso il "Den Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget" (comitato di ricorso sociale, comitato di indennità giornaliera), Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Copenaghen K.

4. Germania
L'atto ufficiale diventa vincolante se, entro tre mesi dalla notifica, non è stato introdotto ricorso. Quest'ultimo può essere trasmesso per iscritto, entro tre mesi, alla seguente istituzione tedesca:

Denominazione: .....
Indirizzo:
.....
.....

5. Estonia
Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 30 giorni, presso l'"Eesti Haigekassa", Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Grecia
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso:

Denominazione: .....
Indirizzo:
.....
.....

7. Spagna
L'interessato può, entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla notifica della decisione in allegato, introdurre ricorso contro tale decisione presso la seguente istituzione:

Denominazione: .....
Indirizzo:
.....
.....

8. Francia
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di 2 mesi a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso il medico capo della seguente cassa di assicurazione malattia:

Denominazione: .....
Indirizzo:
.....
.....

9. Irlanda
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può inoltrare ricorso presso il "Social Welfare Appeals Office", D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Esso va effettuato entro 21 giorni dalla data di ricevimento della presente decisione.

▼M11

E 118 allegato

10. Italia

Decisioni dell'INPS (malattia e maternità)

Una persona assicurata può contestare una decisione dell'INPS presentando un ricorso amministrativo presso la competente commissione provinciale entro 90 giorni dal ricevimento della relativa decisione.

Inoltre, l'interessato può avviare un procedimento giudiziario entro un anno dalla data di notifica della decisione della commissione oppure, ove la commissione non si sia pronunciata, entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso.

Decisioni dell'INAIL (infortuni sul lavoro e malattie professionali)

Una persona assicurata può contestare una decisione dell'INAIL informando quest'ultimo, entro 60 giorni dal ricevimento della notifica e tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, circa i motivi per i quali si ritiene ingiustificata la decisione; in caso di inabilità permanente al lavoro, l'interessato deve indicare l'importo dell'indennità cui ritiene di aver diritto; in tutti i casi, occorre accludere alla lettera di ricorso un certificato medico a sostegno della propria richiesta.

Non ricevendo risposta nel termine di 60 giorni dalla data della ricevuta di ritorno di cui sopra, o qualora la risposta non gli sembri soddisfacente, l'interessato può convenire in giudizio l'INAIL dinanzi all'autorità giudiziaria.

L'opposizione può essere presentata all'INAIL direttamente o per il tramite dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

11. Cipro

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso presso il ministero del Lavoro e della previdenza sociale entro quindici giorni dalla notifica della decisione. Avverso la decisione del ministero, è possibile introdurre ricorso alla Corte suprema entro 75 giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica della decisione del ministero.

12. Lettonia

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di un mese a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso:

Denominazione: .....
Indirizzo:
.....
.....

13. Lituania

Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può, entro un mese dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso la commissione del contenzioso amministrativo.

14. Lussemburgo

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, in linea di massima, presso il "Conseil arbitral des assurances sociales" (consiglio arbitrale delle assicurazioni sociali), entro 40 giorni a decorrere dal ricevimento dalla notifica della decisione.

15. Ungheria

Avverso la comunicazione in allegato, l'interessato può richiedere una decisione da parte dell'istituzione ungherese competente (punto 2 o 4 del modulo E 118). La decisione dell'istituzione competente può essere impugnata entro 15 giorni dalla data di ricevimento della notifica della decisione.

16. Malta

Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può, entro 30 giorni dalla data della decisione, introdurre ricorso presso il "Department of Social Security", Valletta.

17. Paesi Bassi

Avverso la comunicazione in allegato, l'interessato può richiedere all'istituzione olandese competente di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118 una decisione impugnabile entro un lasso di tempo ragionevole. Nella decisione saranno specificati i mezzi di ricorso e i termini.

18. Austria

Se in disaccordo con le informazioni in allegato (modulo E 118), l'interessato può chiedere una decisione dell'istituzione austriaca competente di cui al punto 2 o 4 del modulo citato, da cui può ricevere le istruzioni da seguire circa il rimedio giuridico più adeguato.

19. Polonia

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può chiedere una decisione allo "Zaklad Ubezpieczen Spolecznych — ZUS" (istituzione di sicurezza sociale) con competenza territoriale sulla sede del datore di lavoro e, nel caso di agricoltori, all'ufficio regionale della "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS" (fondo di sicurezza sociale agricola). Presso tale servizio verrà adottata la decisione circa il diritto alle prestazioni e si verrà informati degli eventuali mezzi di ricorso.

20. Portogallo

Avverso la decisione l'interessato può:

— se l'incapacità lavorativa non è stata riconosciuta, introdurre ricorso alla "Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde" (commissione regionale della sanità) entro otto giorni dal ricevimento della notifica della decisione,
o

— se una richiesta di prestazioni in denaro è stata respinta per motivi di ordine amministrativo, presentare ricorso al tribunale amministrativo locale competente (Tribunal Administrativo de Circulo) entro due mesi dal ricevimento della notifica della decisione; se l'interessato risiede fuori del Portogallo, entro quattro mesi da tale notifica.

▼M11

E 118 allegato

21. Slovenia
Avverso la decisione, l'interessato può presentare ricorso al tribunale del lavoro e degli affari sociali (Labour and Social Court), Ljubljana, Komenskega 7, entro 30 giorni dalla sua notifica.

22. Slovacchia
Se in disaccordo con le informazioni indicate e in mancanza di una decisione, l'interessato può richiederla al servizio competente dell'Agenzia delle assicurazioni sociali. Entro 15 giorni dalla data della decisione da parte dell'ufficio locale, è possibile presentare ricorso alla direzione dell'Agenzia in questione. La decisione della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali è definitiva; tuttavia, entro due mesi dalla sua adozione, è possibile introdurre ricorso presso un tribunale regionale competente.

Per questioni diverse dalle prestazioni, l'interessato può presentare ricorso contro la decisione della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali - entro 30 giorni dalla data di ricevimento – presso il tribunale regionale di competenza. L'indirizzo della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali è: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finlandia
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare ricorso entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica della decisione allegata all'istituzione assicurativa finlandese di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118, o all'ente assicurativo più vicino al luogo di residenza, indicato in uno dei punti sopraccitati.

24. Svezia
L'interessato può, entro un periodo di due mesi dalla notifica della decisione, presentare ricorso all'istituzione svedese competente di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118. Nel ricorso l'interessato deve specificare il motivo per il quale ritiene ingiustificata tale decisione.

25. Regno Unito
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 28 giorni dalla data di ricevimento della decisione, al "Pension Service, International pension Centre" (servizio pensioni, centro internazionale pensioni), Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, o al "Nothern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (ministero della Sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast, se del caso.

26. Islanda
Avverso la decisione in allegato l'interessato può presentare ricorso all'ente statale di sicurezza sociale di Reykjavik.

27. Liechtenstein

a) Per quanto riguarda l'assicurazione malattia: avverso la decisione della cassa di assicurazione malattia l'interessato può chiedere una decisione formale contenente le motivazioni e le informazioni sulla procedura legale da seguire.
Entro 60 giorni dal ricevimento di tale decisione l'interessato può adire il tribunale competente.

b) Per quanto riguarda l'assicurazione infortuni: qualora l'interessato non condivida la decisione dell'assicuratore per gli infortuni, può, entro due mesi dal ricevimento di tale decisione, chiedere all'assicuratore competente di riconsiderare la medesima.
Se l'interessato non condivide la decisione dell'assicuratore, può altresì, entro due mesi dal ricevimento di tale decisione, adire il tribunale competente. Ciò si applica anche per la decisione degli assicuratori per gli infortuni riguardante la summenzionata richiesta di revisione.

28. Norvegia
L'interessato può introdurre ricorso contro una decisione norvegese all'istituzione di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118, entro sei settimane dal ricevimento della notifica della decisione.

29. Svizzera
Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare ricorso presso l'istituzione entro 30 giorni dal ricevimento della decisione. La decisione pronunciata su opposizione deve indicare i mezzi di ricorso e i relativi termini.

▼**M10**

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
PER LA SICUREZZA SOCIALE
DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 119 [ ] (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO DEI DISOCCUPATI E DEI LORO FAMILIARI ALLE PRESTAZIONI IN DENARO

(Il modulo deve essere consegnato al lavoratore disoccupato dall'istituzione competente oppure da questa inviato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora, qualora sia stata detta istituzione a richiederlo).

Informazioni relative al beneficiario

1. Cognome: □□

2. Nome: □□□

3. Data di nascita: □□/□□/□□□□

4. Numero d'identificazione personale (2): □□

5. Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro: □□

Informazioni relative all'istituzione del luogo di residenza o di dimora (3)

6. Denominazione: □□

7. Numero d'identificazione: □□□□□□□□□□

8. Indirizzo: □□

9. Vostro modulo ☐ E 107 del □□/□□/□□□□ ☐ E 115 del □□/□□/□□□□

10. La persona sopraccitata ha diritto alle prestazioni in denaro

10.1 ☐ per sé

10.2 ☐ per i familiari

▼**M10**

11. In caso di inabilità al lavoro le prestazioni in denaro possono essere erogate

11.1 ☐ per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

11.2 ☐ per i casi di malattia insorti fino al ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ incluso,

per ☐☐ giorni ☐☐ settimane

12. Le suddette prestazioni in denaro saranno versate

12.1 ☐ da noi

12.2 ☐ da voi, per nostro conto

13. L'indennità dovrà essere corrisposta

13.1 ☐ per gli stessi giorni della settimana previsti per l'assicurazione disoccupazione

13.2 ☐ per tutti i giorni della settimana, salvo ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

14. L'importo giornaliero netto di tale indennità ([4])

14.1 ☐ è pari a quello previsto per l'assicurazione disoccupazione

14.2 ☐ è di ..... se l'assicurato non è ricoverato in ospedale

è di ..... se ricoverato in ospedale

Informazioni relative all'istituzione competente

15. Denominazione: ☐☐☐☐

▼M10

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello

Avvertenze per il disoccupato:

Per ottenere, per voi, le prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro o di ricovero in ospedale, dovete presentare (a meno che vi troviate nei Paesi Bassi) i formulari sopraindicati e inoltre presentare alla seguente istituzione il certificato di inabilità al lavoro rilasciato dal vostro medico curante:

in **Belgio**, all'organismo scelto (mutualité);
in **Germania**, all'«Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)» (cassa locale generale di malattia);
in **Grecia**, in linea di massima, all'«ufficio regionale o locale dell'istituto assicurazioni sociali (IKA)» che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;
in **Spagna,** alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell' istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza;
in **Francia**, alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia);
in **Italia**, all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;
in **Lussemburgo**, alla «Caisse de maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);
in **Austria**, al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o di dimora;
in **Finlandia**, all'ufficio locale della «Kansanel äkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), in caso di richiesta di risarcimento delle spese mediche sostenute nel settore privato. Prestazioni in natura possono essere ottenute dai centri sanitari municipali e dagli ospedali pubblici mediante esibizione del presente modulo;
in **Islanda**, al «Tryggingasto ínun rikisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;
nel **Liechtenstein**, all'«Amt für Volkswirtschaft» (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;
in **Norvegia**, al «lokale Trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza o dimora. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, dentisti ecc.) si può richiedere senza contattare preventivamente l'istituzione in questione. Ad ogni richiesta di prestazioni è necessario esibire il modulo;
in **Svezia**, al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o dimora. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, dentisti ecc.) si può richiedere senza contattare preventivamente l'istituzione in questione;
in **Danimarca**, alla «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (commissione sociale e sanitaria) comunale e, nei comuni di Copenaghen, Odense, Alborg e Arhus al «magistrat» (amministrazione comunale);
in **Irlanda**, al «Department of Social Welfare, EC Record Section» (ministero della previdenza sociale, servizio archivi CE), Dublino 2;
nei **Paesi Bassi**, dovete dichiarare l'inabilità al lavoro alla sede del «Gemeenschappelijk Administratie - kantoor (GAK)» (ufficio amministrativo comune) che vi eroga le prestazioni di disoccupazione;
in **Portogallo**, **per il continente**: al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale di sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza; **per Madera**: alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale), a Funchal; **per le Azzorre:** alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione generale della sicurezza sociale), a Angra do Heroismo;
nel **Regno Unito**, al «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministero della sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle upon Tyne, oppure al «Northern Ireland Social Security Agency Overseas Branch» (ente nordirlandese per la sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast, a seconda dei casi.
in **Svizzera,** all'istituzione comune LAMal («Institution commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG"), Soletta. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, farmacisti) si può ottenere senza contattare preventivamente tale istituzione;
nella **Repubblica ceca**, alla cassa di assicurazione malattia nel luogo di soggiorno;
in **Lettonia**, al «Valsts sociālās apdrošināšanas agentūra» (agenzia statale per la previdenza sociale);
in **Lituania**, al «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai» (sedi locali dell'ente nazionale di previdenza e di assistenza sociale);
in **Slovacchia**, al «Sociálna poist'ovňa» (agenzia per la previdenza sociale), Bratislava;
in **Estonia**, all'«Eesti Haigekassa» (cassa di assicurazione malattia estone);
a **Malta**, Dipartimento della Sicurezza Sociale, La Valletta;
in **Polonia**, «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP);
in **Ungheria**, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (ufficio provinciale assicurazione sanitaria, competente per territorio);
in **Slovenia**, l'unità regionale competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Istituto Nazionale Assicurazione Sanitaria) nel luogo di residenza o dimora;
a **Cipro**, il Ministero della Sanità.

▼**M10**

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: BE = Belgio, DK = Danimarca, DE = Germania, GR= Grecia, ES = Spagna, FR = Francia, IE = Irlanda, LU = Lussemburgo, FI = Finlandia, SE = Svezia, IT = Italia, NL = Paesi Bassi, AT = Austria, PT = Portogallo, UK = Regno Unito, NO = Norvegia, IS = Islanda, LI = Liechtenstein, CZ= Repubblica ceca, CY = Cipro, EE = Estonia, LV = Lettonia, LT = Lituania, HU = Ungheria, MT = Malta, PL = Polonia, SI = Slovenia, SK = Slovacchia, CH = Svizzera.

(2) Se il familiare non dispone di un numero d'identificazione personale, indicare il numero d'identificazione della persona da cui derivano i diritti dell'interessato/a.

(3) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o dimora.

(4) Il riquadro va compilato solo nel caso in cui le le prestazioni in denaro debbano essere versate dall'istituzione del luogo di residenza o dimora.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 120 [ ] (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE E PER I LORO FAMILIARI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 26, paragrafo 1
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 28

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato, il quale le deve presentare all'istituzione del suo luogo di residenza. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie, compila la parte B del modulo e trasmette un esemplare del modulo medesimo all'istituzione che figura alla sezione 6. Se del caso, entrambe le copie vanno anzitutto trasmesse all'istituzione che deve compilare le sezioni 5 e 6.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

A. Notifica del diritto

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
1.4 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2. Richiedente la pensione

2.1 Cognome(i) (3): Cognome da nubile (se diverso):
.....
2.2 Nome(i): Data di nascita:
....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza: .....
.....
2.4 Numero di identificazione personale:
.....

3. Da compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione

3.1 Il richiedente summenzionato ha presentato il .....
una domanda di pensione per
☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ reversibilità
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale
3.2 ☐ Dall'esame di tale domanda risulta che la persona può ottenere la pensione.

4. Istituzione che compila la sezione 3

4.1 Denominazione: .....
4.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
4.3 Indirizzo: .....
.....
4.4 Timbro 4.5 Data: .....
4.6 Firma:
.....

▼**M11**

E 120

5. Da compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione, o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda.

5.1 Numero di identificazione dell'istituzione d'istruttoria: .....

5.2 La persona indicata alla sezione 2 ha diritto per sé e per i suoi familiari, alle prestazioni in natura per malattia e maternità

5.3 ☐ dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

5.4 ☐ per un anno, con inizio il ..... (data)

6. Istituzione che compila la sezione 5

6.1 Denominazione: .....

6.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

6.3 Indirizzo: .....

.....

6.4 Timbro

6.5 Data: .....

6.6 Firma:

.....

B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione

7. ☐ (4)

7.1 La persona indicata alla sezione 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

.....

.....

8. ☐ (4)

8.1 La persona indicata alla sezione 2 ed i suoi familiari sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione il

.....(data)

9. Familiari iscritti

	Cognome(i) (3)	Nome(i)	Sesso F	Sesso M	Data di nascita	Numero di identificazione personale
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10. Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

10.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

10.3 Indirizzo: .....

.....

10.4 Timbro

10.5 Data: .....

10.6 Firma:

.....

▼M11

E 120

Informazioni per la persona assicurata

a) *Il presente attestato dà diritto, a voi ed ai vostri familiari, al beneficio delle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità nel vostro paese di residenza.*

b) *Le due copie di questo modulo, che sono in vostro possesso, devono essere presentate, non appena possibile, ad uno dei seguenti istituti di assicurazione:*

in **Belgio**, *alla "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta*;

nella **Repubblica ceca**, *allo "Zdravotní pojišťovna", (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;*

a **Cipro**, *all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia). Dietro richiesta, verrà rilasciata alla persona interessata una tessera sanitaria cipriota, senza la quale gli istituti medici statali non possono fornire prestazioni in natura.*

in **Danimarca**, *all'autorità comunale del luogo di residenza;*

in **Germania**, *alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;*

in **Grecia**, *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna** *alla "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell`istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza o di permanenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. È necessario esibire il modulo con una fotocopia;*

in **Estonia**, *all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);*

in **Francia**, *alla "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia)*;

in **Irlanda**, *allo "Health Board" (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia**, *all'unità all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;*

in **Lettonia**, *al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*

in **Lituania**, *al "Teritoriné ligoniu kasa" (fondo territoriale dei pazienti); l'assistenza del servizio medico è concessa senza contatti preliminari con l'istituzione;*

in **Lussemburgo**, *alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);*

in **Ungheria**, *al competente "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (ufficio locale assicurazione malattia)*;

a **Malta**, *al ministero della Sanità, Valletta;*

nei **Paesi Bassi**, *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza;*

in **Austria**, *alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Polonia**, *all'ufficio regionale del "Narodowy Funsdusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Portogallo**, *per il territorio continentale: al "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per* **Madera**: *al "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera), Funchal; per le* **Azzorre**: *al "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;*

in **Slovenia**, *all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*

in **Slovacchia**, *alla "zdravotná poisťovňazdravotná poistovna" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata,*

in **Finlandia**, *all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);*

in **Svezia**, *al "Foöersäaekringskassan" (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza. L'assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l'istituzione;*

in **Islanda**, *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*

in **Norvegia**, *al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*

in **Svizzera,** *all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.*

c) *Siete invitati ad informare l'istituto di assicurazione al quale avete consegnato il presente modulo di qualsiasi variazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare, l'avvenuta concessione della pensione oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di domicilio vostro e dei vostri familiari, ecc.*

NOTE

([1]) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

([2]) Da compilare soltanto qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza. Ove il richiedente la pensione risieda nel Regno Unito, si trasmette direttamente entrambe le copie del modulo al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

([3]) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

([4]) Delle due sezioni 7 o 8, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.

———

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 121 [ ] (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE E DEI LORO FAMILIARI E PER LA TENUTA DEGLI INVENTARI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a);
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 29, paragrafi 1, 2 e 3; articolo 30, paragrafo 1; articolo 95, paragrafo 4

L'istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, secondo quanto previsto al paragrafo 2 dell'articolo 29 del regolamento (CEE) n. 574/72, compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o al familiare, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Se del caso, entrambe le copie vanno anzitutto trasmesse all'istituzione che deve compilare le sezioni 6 e 7. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie, compila la parte B del modulo e trasmette un esemplare del modulo medesimo per titolare di pensione e per familiare all'istituzione che figura alla sezione 7.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine.

A. Notifica del diritto

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
1.4 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2. Titolare di pensione

2.1 Cognome(i) (3): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....
2.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza: .....
.....
2.4 Data del trasferimento di residenza: .....
2.5 Numero di identificazione personale: .....
2.6 Il titolare di pensione era:

- ☐ un lavoratore subordinato
- ☐ un lavoratore autonomo
- ☐ un lavoratore frontaliero (subordinato)
- ☐ un lavoratore frontaliero (autonomo)
- ☐ un lavoratore disoccupato

3. Da compilare da parte dell'istituzione debitrice della pensione

3.1 La persona sopra menzionata è titolare di pensione di

☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ reversibilità
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

3.2 dal: .....

4. Istituzione che compila la sezione 3 (4)

4.1 Denominazione: .....
4.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
4.3 Indirizzo: .....
.....
4.4 Timbro 4.5 Data: .....
4.6 Firma:
.....

▼**M11**

E 121

5. Familiare del titolare di pensione

5.1 Cognome(i) ([3]): Cognome da nubile (se diverso) ([3]):

5.2 Nome(i): Data di nascita:

5.3 Indirizzo nel paese di residenza:

5.4 Numero di identificazione personale:

5.5 Data del trasferimento di residenza:

6. Da compilare da parte dell'istituzione debitrice della pensione o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione ([5])

6.1 Numero di identificazione dell'istituzione d'istruttoria:

6.2 ☐ La persona di cui alla sezione 2

☐ La persona di cui alla sezione 5

ha diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal

6.3 L'onere di dette prestazioni da concedere nello Stato, diverso da quello competente, nel quale le predette persone risiedono, è a carico della scritta istituzione.

6.4 ☐ dal e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

6.5 ☐ per un anno, con inizio il ([6])

6.6 ☐ Il presente attestato pone fine alla validità del modulo E del

7. ☐ Si prega restituire la tessera europea d'assicurazione malattia del membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero ……

e valida fino al

8. Istituzione che compila la sezione 6 ([4])

8.1 Denominazione:

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

8.3 Indirizzo:

8.4 Timbro

8.5 Data:

8.6 Firma:

B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione

9. ☐ ([7])

9.1 ☐ La persona di cui alla sezione 2

☐ La persona di cui alla sezione 5

non ha potuto essere iscritta

9.2 ☐ perché ha già diritto alle prestazioni in natura secondo la legislazione del nostro paese

9.3 ☐ altri motivi:

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ La persona di cui alla sezione 2

☐ La persona di cui alla sezione 5

è stata iscritta

10.2 ☐ Il costo di tali prestazioni è a vostro carico; la data a decorrere dalla quale va calcolato l'importo forfettario di cui all'articolo 95 del regolamento (CEE) n. 574/72 è .....

11. Tessera europea d'assicurazione malattia

11.1 ☐ Si rimette in allegato la tessera europea d'assicurazione malattia col numero ..... richiesta nella sezione 7

11.2 ☐ Si prega indicare le misure da applicare riguardo la tessera europea d'assicurazione malattia emessa al membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero ..... e valida fino al .....

12. Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o del familiare

12.1 Denominazione: .....

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

12.3 Indirizzo: .....

.....

12.4 Timbro

12.5 Data: .....

12.6 Firma:

.....

Informazioni per il titolare di pensione o per il familiare

Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile all'istituzione di assicurazione:

in **Belgio**, *alla "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*

nella **Repubblica ceca**, *allo "Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;*

a **Cipro**, *all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia). Dietro richiesta, verrà rilasciata alla persona interessata una tessera sanitaria cipriota, senza la quale gli istituti medici statali non possono fornire prestazioni in natura;*

in **Danimarca**, *all'autorità comunale del luogo di residenza;*

in **Germania**, *alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) del luogo di residenza;*

in **Grecia**, *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna**, *alla "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

in **Estonia**, *all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);*

in **Francia**, *alla "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Irlanda**, *allo "Health Board" (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia**, *all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;*

in **Lettonia**, *al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts agentura" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*

in **Lituania**, *al "Teritoriné ligoniu kasa" (fondo territoriale dei pazienti);*

in **Lussemburgo**, *alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);*

in **Ungheria**, *al competente "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (ufficio locale assicurazione malattia);*

a **Malta**, *all'"Entitlement Unit, Ministry of Health" (ministero della Sanità), 23, St. John Street, Valletta*;

nei **Paesi Bassi**, *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza;*

in **Austria**, *alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Polonia**, *all'ufficio regionale del "Narodowy Funsdusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Portogallo**, *per il* **territorio continentale**: *al "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per* **Madera**: *al "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera), Funchal; per le* **Azzorre**: *al "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;*

in **Slovenia**, *all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*

in **Slovacchia**, *alla "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;*

in **Finlandia**, *all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale)*;

in **Svezia**, *al "Försäkringkassan" (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

▼**M11**

E 121

in **Islanda**, *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*
in **Norvegia**, *al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*
in **Svizzera**, *all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.*

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GRr = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Da compilare soltanto qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza. Ove il titolare di pensione o il familiare risieda nel Regno Unito, si trasmette direttamente entrambe le copie del modulo al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(4) In Ungheria, questa sezione è compilata dall'istituzione di assicurazione malattia-maternità.

(5) In Italia, le sezioni 6 e 7 devono essere completate esclusivamente dall'ASL o dal ministero della Salute.

(6) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, ungherese, italiana o portoghese e riguarda un familiare.

(7) Delle due sezioni 8 o 9, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.

▼M3

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 123 [ ] (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA NEL QUADRO DELL'ASSICURAZIO CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 52, lettera a); articolo 55, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 60, paragrafo 1; articolo 62, paragrafi 4 e 6; articolo 63, paragrafi 1 e 3

Se il modulo è stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora della persona interessata per il tramite del modulo E 107, esso va inviato a tale istituzione; negli altri casi, esso va consegnato alla persona assicurata.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

1.3 Indirizzo: .....

.....

1.4 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2. Persona assicurata

2.1 Cognome(i) (3): .....

2.2 Cognome da nubile (se diverso): .....

2.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

2.4 Numero di identificazione personale:

.....

2.5 La persona assicurata è

☐ un lavoratore subordinato
☐ un lavoratore autonomo
☐ un lavoratore frontaliero (subordinato)
☐ un lavoratore frontaliero (autonomo)
☐ un lavoratore disoccupato

3. A seguito

3.1 ☐ delle informazioni fornite nel vostro modulo E 107 del .....

3.2 ☐ dell'infortunio sul lavoro occorso il .....
con le seguenti conseguenze:
.....
.....
.....

3.3 ☐ della malattia professionale constatata il .....
con le seguenti conseguenze:
.....

3.4 ☐ dell'autorizzazione da noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in ..... (paese), ove si reca

☐ per stabilire la propria residenza ☐ per cure

▼**M11**

E 123

4. Alla persona predetta possono essere concesse prestazioni in natura

☐ per infortunio sul lavoro ☐ per malattia professionale

4.1 ☐ per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del paese di residenza

4.2 ☐ dal ..... ☐ al .....

4.3 ☐ per un massimo di tre mesi

4.4 ☐ senza limite di tempo

5. Il rapporto del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 ☐ è stato inviato il ..... a [4] .....

.....

5.3 ☐ ci può essere richiesto

5.4 ☐ non è stato compilato

6. Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

6.3 Indirizzo: .....

.....

6.4 Timbro

6.5. Data: .....

6.6. Firma:

.....

Informazioni per la persona assicurata

Il presente attestato deve essere da voi presentato, senza indugio, all'istituzione di assicurazione del paese nel quale vi siete recato, e cioè:

in **Belgio,**

a) *in caso di prestazioni in natura per malattia o incidente nella vita privata: la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*

b) *in caso di prestazioni in natura per malattia professionale: il "Fonds des maladies professionnelles" (fondo malattie professionali), 1210 Bruxelles;*

nella **Repubblica ceca,** *il competente "Zdravotní pojišťovna" (fondo d'assicurazione malattia);*

a ***Cipro,*** *l'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia). Dietro richiesta, verrà rilasciata alla persona interessata una tessera sanitaria cipriota, senza la quale gli istituti medici statali non possono fornire prestazioni in natura.*

in **Danimarca,** *l'assistenza di un medico o di un dentista può essere ottenuta contattando un medico generico o un dentista del servizio sanitario pubblico. Le persone che richiedono d'urgenza un trattamento ospedaliero possono recarsi direttamente presso un ospedale pubblico;*

in **Germania,** *l'istituto assicurativo contro gli infortuni competente per il luogo di residenza o di permanenza;*

in **Grecia,** *in linea di massima, l'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *i servizi medico-ospedalieri del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. È necessario esibire il modulo con una fotocopia;*

in **Estonia**, *l'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);*

in **Francia,** *la "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Irlanda,** *lo "Health Board" (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,**

a) *per le prestazioni in natura, l'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea competente per territorio;*

b) *per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, la sede provinciale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);*

▼M11

E 123

in **Lettonia,** *il “Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*

in **Lituania,** *il “Teritoriné ligoniu kasa” (fondo territoriale dei pazienti). L’assistenza del servizio medico è concessa senza contatti preliminari con l’istituzione;*

in **Lussemburgo,** *la “Association d’assurance contre les accidents” (associazione di assicurazione contro gli infortuni);*

in **Ungheria,** *il competente “Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (ufficio locale assicurazione malattia);*

a **Malta,** *all’“Entitlement Unit, Ministry of Health” (ministero della Sanità), 23, St. John Street, Valletta;*

nei **Paesi Bassi,** *una qualsiasi cassa malattia competente per il luogo di residenza; o, in caso di soggiorno temporaneo, l’“Agis zorgverzekeringen” (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht. L’assistenza di un medico, dentista o farmacista può essere richiesta senza contatti preliminari con l’“Agis zorgverzekeringen”;*

in **Austria,** *la “Gebietskrankenkasse” (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o permanenza o l’“Allgemeine Unfall-versicherungsanstalt” (ufficio assicurativo per gli infortuni), Vienna;*

in **Polonia,** *l’ufficio regionale del “Narodowy Funsdusz Zdrowia” (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di permanenza;*

in **Portogallo,** *il “Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais” (centro nazionale per la tutela contro i rischi professionali), Lisbona;*

in **Slovenia,** *l’unità regionale competente dello “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*

in **Slovacchia,** *lo “zdravotná poisťovňa” (compagnia di assicurazione malattia) scelto dalla persona assicurata;*

in **Finlandia,** *il “Tapaturmavakuutuslaitosten liitto” (federazione delle istituzioni di assicurazione contro gli infortuni);*

in **Svezia,** *il “Försäkringskassan” (ufficio di previdenza sociale). L’assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l’istituzione;*

nel **Regno Unito,** *il servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l’assistenza;*

in **Islanda,** *il “Tryggingastofnun rikisin” (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *l’“Amt für Volkswirtschaft” (ufficio di economia nazionale), Vaduz;*

in **Norvegia,** *il “Lokale trygdekontor” (ufficio assicurativo locale). Si può richiedere l’assistenza senza contatti preliminari con l’istituzione;*

in **Svizzera,** *la “Caisse nationale Suisse d’assurance en cas d’accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio”, Lucerna. L’assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l’istituzione.*

NOTE

(1) Sigla del paese dell’istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall’istituzione del luogo di residenza o di permanenza della persona assicurata. Ove l’assicurato si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia del modulo anche al “Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre”, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(3) Indicare tutti i cognomi nell’ordine dello stato civile.

(4) Denominazione ed indirizzo dell’istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

———

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 124 [ ] (1)

DOMANDA DI ASSEGNI IN CASO DI MORTE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 65
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 78

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Il sottoscritto

1.1 Cognome(i) (2): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....

1.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

1.3 Numero di identificazione personale: .....

1.4 Istituzione presso la quale è assicurato (3) (4): .....
.....

1.5 Rapporto di parentela con il/la deceduto/a: .....

1.6 Indirizzo: .....
.....
.....

2. chiede il beneficio di un assegno per il decesso della seguente persona (5)

3.

3.1 Cognome(i): ..... Cognome da nubile (se diverso): .....

3.2 Nome: ..... Data di nascita: .....

3.3 Numero di identificazione personale: .....

3.4 Data del decesso: .....

3.5 Causa del decesso:

☐ malattia ☐ incidente ☐ infortunio sul lavoro

☐ malattia professionale ☐ atto di terzi ☐ altre cause

3.6 Istituzione presso la quale il/la deceduto/a era assicurato/a (3) (4): .....
.....

4. Il richiedente ☐ era ☐ non era a carico del/la deceduto/a

5. Il/la deceduto/a ☐ era ☐ non era a carico del richiedente

6. Il/la deceduto/a ☐ era ☐ non era alloggiato/a dietro compenso

☐ dalla persona che richiede l'assegno

☐ in un istituto del quale la persona che richiede l'assegno è gerente, membro del personale o residente (6)

7. Il richiedente ☐ è ☐ non è un impresario di pompe funebri o un agente o rappresentante di un impresario di pompe funebri (6) (7)

Il richiedente ☐ è ☐ non è una persona giuridica di diritto privato che, in esecuzione di un contratto di assicurazione, ha assunto a suo carico una parte o la totalità delle spese (6)

8. Le spese funerarie ammontano a (8) ..... ; e sono state sostenute da .....

9. In allegato figurano i documenti seguenti: .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 124

10. Si prega di versare l'importo dovuto sul mio conto n. IBAN .....

presso ..... (codice BIC / SWIFT).....

in ..... (9)

11. Data: .....

11.1 Firma:

.....

Istruzioni per il richiedente

a) *Per beneficiare di un assegno di morte occorre presentare una domanda, utilizzando il presente modulo:*

– *all'istituzione di assicurazioni competente, oppure*

– *all'istituzione del luogo in cui vi trovate, che è:*

in **Belgio**, *la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia);*

nella **Repubblica ceca**, *l' "Úřad práce" (ufficio del lavoro) del luogo di residenza o di permanenza;*

in **Danimarca,** *il ministero degli Interni e della sanità, Copenhagen;*

in **Grecia**, *l'ufficio locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA);*

in **Spagna**, *la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell`istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

in **Francia**, *l'organismo che fornisce o fornirebbe le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia;*

in **Irlanda**, *il "Department of social Welfare" (ministero della Previdenza sociale), Dublino;*

in **Italia**, *la sede provinciale dell'INAIL;*

in **Lettonia**, *il "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (ente statale di assicurazione sociale);*

in **Lituania**, *il "Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (ufficio municipale di assistenza sociale) del luogo di residenza o di permanenza;*

in **Lussemburgo**, *l'"Union des caisses de maladie" (unione casse malattia);*

in **Austria**, *la "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Polonia**, *la "Zakład Ubezpieczeń Społecznych" (istituto di assicurazione sociale — ZUS), ufficio con competenza territoriale sul luogo di residenza o di permanenza o, per gli agricoltori, l'ufficio regionale competente del "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego" (fondo di assicurazione sociale per l'agricoltura — KRUS), lo " Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji" (ufficio pensioni del ministero degli Affari interni e dell'amministrazione — organismo di collegamento per regimi particolari);*

in **Portogallo**, *per* **il territorio continentale**: *il "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per* **Madera**: *il "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera), Funchal; per le* **Azzorre**: *il "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;*

in **Slovenia**, *l'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*

in **Slovacchia**, *l'"Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (ufficio del lavoro, degli affari sociali e della famiglia) nel luogo di residenza o di permanenza della persona deceduta;*

in **Finlandia**, *il "Kansanelaekelaitos" (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;*

in **Svezia**, *il "Försäkringkassan" (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o di permanenza;*

in **Estonia**, *il "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;*

in **Islanda**, *il "Tryggingastofnun rikisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *l'ufficio di economia nazionale;*

in **Norvegia**, *il "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza o di permanenza;*

in **Svizzera**, *l'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" , Solothurn.*

b) *Alla domanda occorre allegare i seguenti documenti:*

per il **Belgio**,	*copia del certificato di morte rilasciata dall'amministrazione comunale;* *fatture quietanzate relative alle spese funerarie;* *qualsiasi documento atto a comprovare il rapporto di parentela diretta o acquisita oppure, eventualmente, la convivenza con la persona deceduta;*
per la **Danimarca**,	*certificato di morte;* *leggere attentamente le «veileoning om ansoegning for begravelseshalp» (istruzioni per richiesta di indennità in caso di morte) che verranno inviate in un secondo tempo;*
per la **Grecia**,	*certificato di morte, libretto sanitario, tessere di assicurazione e, se del caso, fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Spagna**,	*certificato di morte;* *certificato comprovante il rapporto di parentela, oppure fatture quietanzate relative alle spese funerarie, ove il richiedente non abbia rapporti di parentela con la persona deceduta;*
per la **Francia**,	*in ogni caso, certificato di morte della persona assicurata;* *inoltre, a seconda dei i casi:* — *se si è il coniuge della persona assicurata, la "fiche familiale" (stato di famiglia),* — *se si è un discendente della persona deceduta (figlio, figlia, nipote, ecc.) la "fiche familiale" (stato di famiglia) che attesti il rapporto di parentela con la persona deceduta,* — *se si è un ascendente della persona deceduta (genitore, nonno, ecc.), la "fiche individuelle" (scheda individuale) dello stato civile,* — *se si era a carico ad altro titolo, dichiarazione sull'onore attestante che si era totalmente, effettivamente e permanentemente a carico della persona deceduta;*

(2)

▼M11

E 124

*per l'***Irlanda**,	*certificato di morte;* *se del caso, certificato di matrimonio;* *preventivo o saldo delle spese funerarie o ricevuta delle suddette spese, ove siano già state pagate;*
*per l'***Italia**,	*certificato di morte;* *documento di iscrizione all'assicurazione;* *se del caso, stato di famiglia;*
per la **Lettonia**,	*certificato di morte;*
per la **Lituania**,	*certificato di morte;*
per il **Lussemburgo**,	*certificato di morte;* *fatture quietanzate relative alle spese funerarie;* *se del caso, certificato dell'amministrazione comunale attestante la coabitazione;*
*per l'***Austria**,	*certificato di morte;* *fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Polonia**,	*certificato di morte, fatture originali delle spese funerarie, dichiarazione del richiedente attestante che non è stata concessa alcuna indennità analoga;*
per il **Portogallo**,	*certificato di morte e fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Slovenia**,	*per l'indennità funeraria: certificato di morte o documento attestante la registrazione del decesso della persona assicurata, originale della fattura relativa alle spese funerarie,* *per l'assegno di morte: certificato di morte o documento attestante la registrazione del decesso della persona assicurata;* *in caso di morte del coniuge - certificato di matrimonio;* *in caso di morte di uno dei genitori, il figlio deve presentare un certificato di nascita, certificato d'iscrizione alla scuola o all'università (se ha più di 18 anni);* *i richiedenti non assicurati come familiari della persona deceduta debbono presentare un idoneo documento attestante l'obbligo della persona deceduta di provvedere alle loro necessità fino alla sua morte;*
per la **Slovacchia**,	*certificato di morte e fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per l' **Estonia**,	*certificato di morte;* *ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, lettera dell'avvocato dell'avente diritto;* *se il decesso è avvenuto in territorio estone, al certificato di morte occorre allegare un certificato per la richiesta di indennità;*
per la **Finlandia**,	*certificato di morte;* *documenti che comprovino il rapporto con la persona deceduta;* *ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, lettera dell'avvocato dell'avente diritto;*
per la **Svezia**,	*certificato di morte;* *certificato attestante la causa del decesso;*
per il **Liechtenstein**,	*certificato di morte;* *certificato attestante la causa del decesso*; *fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Norvegia**,	*certificato di morte.*

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

(3) Unicamente se si tratta di un lavoratore o di un titolare (o richiedente) di pensione.

(4) Indicare la denominazione e l'indirizzo.

(5) Per le istituzioni portoghesi, compilare la pagina supplementare acclusa.

(6) Da compilare qualora l'assegno di morte sia chiesto ai sensi della legislazione belga e la persona che lo richiede non sia il coniuge, un parente diretto o acquisito fino al terzo grado del defunto.

(7) Ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, occorre presentare una lettera dell'avvocato dell'avente diritto se l'indennità è richiesta a titolo della legislazione finlandese o estone.

(8) Indicare l'importo nella valuta del paese di residenza del richiedente.

(9) Non si applica alle istituzioni irlandesi.

▼**M11**

E 124 intercalare

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI
PER LE ISTITUZIONI PORTOGHESI

1. Coniuge

1.1 Stato civile

☐ vedovo/a ☐ risposato/a ☐ divorziato/a

1.2 All'atto del decesso, viveva l'interessato sotto lo stesso tetto ed era a carico della persona deceduta?

☐ sì ☐ no

2. Figli aventi diritto agli assegni familiari

	Cognome(i)	Nome(i)	Rapporto di parentela	Data di nascita		Figlio disabile
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

④

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 125 [ ] (1)

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 36, paragrafi 1 e 2; articolo 63, paragrafo 1; articolo 87, paragrafo 1
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 93, paragrafi 1, 2, 4 e 5; articolo 105, paragrafo 1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario della prestazione.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Fattura n. ..... ☐ 1° semestre ☐ 2° semestre dell'esercizio finanziario 20 .....

2. Istituzione competente destinataria

2.1 Denominazione: .....
2.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
2.3 Indirizzo: .....

3. Beneficiario della prestazione

3.1 Cognome(i) (2): .....
3.2 Cognome da nubile (se diverso): .....
3.3 Nome(i): Data di nascita:
....
.....
3.4 Numero di identificazione personale (3):
a) concessa dall'istituzione competente
.....
b) concessa dall'istituzione creditrice
3.5 La persona assicurata è
☐ un lavoratore subordinato
☐ un lavoratore autonomo
☐ un lavoratore frontaliero (subordinato)
☐ un lavoratore frontaliero (autonomo)
☐ un lavoratore disoccupato

4. La persona di cui sopra ha ricevuto prestazioni sulla base del seguente documento:

4.1 ☐ Numero di tessera di assicurazione sanitaria europea: ..... Data di scadenza: .....
☐ Certificato provvisorio che sostituisce il numero di tessera di assicurazione sanitaria europea: .....
datato: ..... valido dal ..... al .....
☐ Modulo E ..... datato ..... valido dal ..... al

4.2 La persona sopra indicata
è stata sottoposta alla perizia medica richiesta il .....

▼**M11**

E 125

5.	Spese sostenute			Importo (4)
5.1	**Per prestazioni in natura corrisposte**	dal	al	.....
	a seguito di (5)	☐ malattia	☐ incidente nella vita privata	
			☐ infortunio sul lavoro o malattia professionale	
5.2	Terapia medica	.....		.....
5.3	Cure ortodontiche	.....		.....
5.4	Farmaci	.....		.....
5.5	Ricovero ospedaliero	dal	al	.....
		dal	al	.....
5.6	Altre prestazioni (6)	.....		.....
		.....		.....
5.7	**Totale prestazioni in natura**			.....
5.8	**Esami medici** (7)	.....		
	.....			.....
5.9	**Per prestazioni in denaro**	dal	al	.....
5.10	**Totale delle spese**			-----
	.....			-----

6.	Istituzione creditrice		
6.1	Denominazione:		
6.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
6.3	Indirizzo:		
	.....		
6.4	Timbro (8)	6.5	Data: .....
		6.6	Firma:
			.....

7.	Spazio riservato ad uso dell'istituzione del paese competente

▼M11

E 125

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare le tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(3) Se il beneficiario della prestazione è un familiare iscritto in base al modulo E 106, indicare il numero di identificazione personale della persona assicurata.

(4) Indicare l'importo in valuta nazionale.

(5) Se il modulo è destinato ad un'istituzione svizzera.

(6) Indicare il tipo di prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, mezzi diagnostici complementari, ecc.

(7) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli ed esami) effettuati.

(8) Non occorre il timbro per un modulo trasmesso e firmato per via elettronica.

———

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 126 [ ] (1)

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22, paragrafo 1, lettera a).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 22, lettera a); articolo 31, lettera a); articolo 34, lettera a);
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 34

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia, direttamente o tramite un organismo di collegamento, due copie all'istituzione che avrebbe dovuto fornire le prestazioni alla persona interessata nel paese di dimora. L'istituzione del luogo di dimora, dopo aver compilato la parte B del modulo, rinvia una copia all'istituzione competente.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

A. Richiesta

1. Istituzione destinataria (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3 Indirizzo: .....
.....
.....

2. ☐ Persona avente diritto

2.1 Cognome(i) (3): .....
2.2 Cognome da nubile (se diverso): .....
2.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....
.....
2.4 Numero di identificazione personale:
.....
2.5 La persona è/era
☐ un lavoratore subordinato
☐ lavoratore autonomo
☐ un lavoratore frontaliero (subordinato)
☐ un lavoratore frontaliero (autonomo)
☐ un lavoratore disoccupato

3. Familiare che ha ricevuto le cure:
3.1 Cognome(i) (3): .....
3.2 Nome(i): ..... Data di nascita: .....
3.3 Numero di identificazione personale:
.....

4. La persona sopra indicata
4.1 durante una temporanea dimora in ..... (paese)
4.2 a ..... (città)
4.3 ha pagato personalmente le prestazioni necessarie .....

5. Si prega di indicare sulle ricevute accluse, per ogni prestazione, l'importo da rimborsare secondo le tariffe applicate dall'istituzione del paese di permanenza. Unicamente per il Lussemburgo, indicare l'importo del contributo a carico dell'interessato.

6. In allegato figurano ..... ricevute.

▼M11

E 126

7.	Istituzione competente		
7.1	Denominazione:		
7.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
7.3	Indirizzo:		
	.....		
7.4	Timbro	7.5.	Data: .....
		7.6.	Firma:
			.....

B. Risposta

8. In allegato figurano ..... ricevute con le tariffe richieste

9. ☐ Importo da rimborsare ..... ☐ Nessun rimborso

10. Osservazioni: .....
.....
.....
.....

11.	Istituzione del luogo di dimora		
11.1	Denominazione:		
11.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
11.3	Indirizzo:		
	.....		
11.4	Timbro	11.5	Data: .....
		11.6	Firma:
			.....

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Ove l'istituzione, che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il modulo all'organism o di collegamento del paese di dimora, ovvero:

in **Belgio,** *all'"Institut national d'assurance maladie-invalidité" (INAMI) (istituto nazionale di assicurazione malattia-invalidità), Bruxelles;*

nella **Repubblica ceca,** *al "CMU" (centro per i rimborsi internazionali), Praga;*

in **Danimarca,** *al ministero degli Interni e della sanità, Copenhagen;*

in **Germania,** *al "DVKA" (ente di collegamento tedesco per l'assicurazione malattia – servizio internazionale), Bonn;*

in **Estonia,** *all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);*

in **Grecia,** *all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA); quando si tratta di un marittimo, la cassa pensione marittimi (NAT);*

in **Spagna,** *all'"Instituto Nacional de la Seguridad Social" (istituto nazionale della sicurezza sociale), Madrid;*

in **Francia,** *al "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (centro relazioni europee ed internazionali per la sicurezza sociale), Parigi;*

in **Irlanda,** *al "Department of Health" (ministero della Sanità), Dublino;*

in **Italia,** *al ministero della Salute, Roma;*

a **Cipro,** *all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia);*

in **Lettonia,** *al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria), Riga;*

in **Lituania,** *al "Teritoriné ligoniu kasa" (fondo territoriale dei pazienti), Vilnius;*

in **Lussemburgo,** *all'"Union des Caisses de maladie" (unione casse malattia), Lussemburgo;*

in **Ungheria,** *allo "Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo nazionale di assicurazione malattia), Budapest;*

a **Malta,** *all'"Entitlement Unit, Ministry of Health", 23, St. John Street, Valletta;*

nei **Paesi Bassi,** *all'"Agis Zorgverzekeringen" (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*

in **Austria,** *all'"Hauptverband der oesterreichische Socialversicherungstraeger" (associazione principale degli istituti di sicurezza sociali austriaci), Vienna;*

in **Polonia,** *al "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale), Varsavia;*

in **Portogallo,** *al "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale), Lisbona;*

in **Slovenia,** *allo "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - Direkcija" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia - Direzione), Ljubljana;*

in **Slovacchia,** *all'"Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou" (autorità di controllo delle cure sanitarie), Bratislava;*

▼**M11**

E 126

in **Finlandia,** *al "Kansanelaekelaitos" (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;*
in **Svezia,** *al "Riksfoersaekringsverkat" (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma;*
in **Islanda,** *al "Tryggingastofnun rikisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*
in **Liechtenstein,** *all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;*
in **Norvegia,** *al "Rikstrygdeverket" (amministrazione dell'assicurazione nazionale), Oslo;*
in **Svizzera,** *all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothum.*

(3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

▼M11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

E 127 [ ] (1)

DISTINTA INDIVIDUALE DEI PAGAMENTI FORFETTARI MENSILI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 36, paragrafi 1 e 2
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 94; articolo 95

Il presente modulo è compilato per un intero anno civile dall'istituzione del luogo di residenza, che lo trasmette all'istituzione competente tramite l'organismo designato in applicazione dell'articolo 102, paragrafo 2, del regolamento (CEE) n. 574/72.

Il modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari), utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. Un modulo a parte va compilato per ciascun titolare di pensione e per ciascun familiare del titolare di pensione.

1.

Rilevazione n. ..... | dell'anno 20 ..... (2)

2. Istituzione competente

2.1 Denominazione: .....

2.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.3 Indirizzo: .....

.....

3. Le prestazioni in natura sono concesse in base al diritto acquisito dal

☐ lavoratore subordinato ☐ titolare di pensione

☐ lavoratore autonomo

3.1 Cognome(i) (3): .....

3.2 Cognome da nubile (se diverso): .....

3.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

3.4 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione competente:

.....

3.5 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione creditrice:

.....

4. La presente rilevazione individuale riguarda

4.1 ☐ i familiari della persona di cui al punto 3 residenti all'indirizzo: .....

.....

4.2 ☐ il titolare di pensione di cui al punto 3 residente all'indirizzo: .....

.....

4.3 ☐ il seguente familiare del titolare di pensione di cui al punto 3

☐ il seguente familiare della persona di cui al punto 3 (4)

4.3.1 Cognome (3): .....

4.3.2 Nome: ..... Data di nascita: .....

4.3.3 Indirizzo: .....

.....

4.3.4 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione competente:

.....

4.3.5 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione creditrice:

.....

▼M11

E 127

5. Il diritto alle prestazioni in natura dei familiari del suddetto lavoratore o del suddetto titolare di pensione e dei suoi familiari è stato attestato con il vostro

modulo E ..... del ..... (data)

6. Per il periodo durante il quale si è protratto tale diritto

(dal ..... al .....),

6.1 il numero di pagamenti forfettari mensili è di .....

6.2 ☐ per nucleo familiare a prescindere dal numero di familiari e a tariffa unica;

☐ per titolare di pensione o suo familiare – ciascuno dotato di modulo E individuale e della medesima tariffa per il titolare di pensione e i suoi familiari;

☐ per persona singola ([4]).

7.	Istituzione creditrice	
7.1	Denominazione:	
7.2	Numero di identificazione dell'istituzione:	
7.3	Indirizzo:	
	.....	
7.4	Timbro ([5])	7.5. Data: .....
		7.6. Firma:
		.....

NOTE

([1]) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

([2]) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

([3]) Si intende per anno quello nel corso del quale sono state erogate le prestazioni.

([4]) Nel caso di regime speciale di pagamento forfettario.

([5]) Non occorre il timbro per un modulo trasmesso e firmato per via elettronica.