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

►**B**

DECISÃO N.º 153

de 7 de Outubro de 1993

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

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(94/604/CE)

(JO L 244 de 19.9.1994, p. 22)

Alterado por:

		Jornal Oficial		
		n.º	página	data
►**M1**	Decisão n.o 166 98/441/CE, de 2 de Outubro de 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	alterado por decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Decisão n.o 168 98/443/CE, de 11 de Junho de 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	alterado por decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Decisão n.o 179 2002/154/CE, de 18 de Abril de 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	alterado por decisão n.o 187 2003/251/CE, de 27 de Junho de 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	alterado por decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Decisão n.o 185 2003/148/CE, de 27 de Junho de 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	alterado por decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Decisão n.o 198 2004/562/CE, de 23 de Março de 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Decisão n.o 202 2006/203/CE, de 17 de Março de 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

DECISÃO N.º 153

de 7 de Outubro de 1993

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

(Texto relevante para efeitos do EEE)

(94/604/CE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECIDE:

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

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

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

▼B

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

O presidente da Comissão Administrativa

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lista de formulários

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

E 103 — Exercício do direito de opção

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

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

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

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

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

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

E 110 — Atestado relativo aos trabalhadores assalariados dos transportes internacionais

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

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

E 113 — Hospitalização, notificação de entrada e de saída

E 114 — Concessão de prestações em espécie de grande importância

E 115 — Requerimento de prestações pecuniárias por incapacidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

E 124 — Requerimento de subsídio por morte

E 125 — Relação individual das despesas efectivas

E 126 — Tarifas para o reembolso das prestações em espécie

E 127 — Relação individual dos montantes fixos mensais

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 001 [ ] (1)

☐ **Pedido de informações**
☐ **Comunicação de informações**
☐ **Pedido de formulários**
☐ **Insistência**

relativamente a

☐ **um trabalhador assalariado**
☐ **um trabalhador não assalariado**
☐ **um trabalhador assalariado fronteiriço**
☐ **um titular de pensão**
☐ **um requerente de pensão**
☐ **um desempregado**
☐ **uma pessoa com direito**

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 84.º

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

Parte A

1. Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....

2. Informações relativas ao segurado (2)

2.1 Apelido(s) (3): .....
2.2 Nome(s) próprio(s) (4): .....
2.3 Apelido(s) anterior(es): .....
2.4 Sexo (5): .....

3. Nacionalidade (6): .....

4. Nascimento

4.1 Data de nascimento (7): .....
4.2 Naturalidade (8): .....
4.3 Província ou departamento (9): .....
4.4 País (10): .....

5. Número de identificação pessoal (11)

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

6. Endereço: .....
.....

7. Informações relativas ao processo

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

▼**M11**

E 001

8. Pessoa com direito (12)

8.1 Apelido(s) (3): .....

8.2 Nome(s) próprio(s) (4): .....

8.3 Apelido(s) anterior(es): .....

8.4 Naturalidade (8): ..... Data de nascimento: .....

8.5 Sexo: ..... Nacionalidade (6): .....

8.6 Número de identificação pessoal (11): .....

na instituição expedidora: .....

na instituição destinatária: .....

8.7 Endereço: .....

.....

9. ☐ Pedido ☐ Insistência no pedido com data de: .....

Queiram enviar-nos, relativamente à pessoa mencionada na secção ☐ 2 ☐ 8

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

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

.....

9.3 ☐ as seguintes informações: .....

.....

9.4 Motivo do pedido: .....

10. Alteração de situação: ocorreram as seguintes alterações

.....

.....

.....

.....

11. Informações diversas

.....

.....

.....

.....

12. Instituição que preenche a parte A

12.1 Designação: .....

12.2 Número de identificação da instituição: .....

12.3 Endereço: .....

.....

12.4 Carimbo

12.5 Data:

.....

12.6 Assinatura:

.....

(2)

▼M11

E 001

Parte B

13.

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

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

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

.....

13.3 ☐ as seguintes informações: .....

.....

14.

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

comunicamos que é impossível enviar:

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

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

14.3 ☐ as seguintes informações: .....

14.4 ☐ Motivos: .....

.....

.....

15. Informações diversas

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ Relativamente ao vosso formulário enviado em .....

acusamos a recepção das informações contidas na secção 10

17. Instituição que preenche a parte B

17.1 Designação: .....

17.2 Número de identificação da instituição: .....

17.3 Endereço: .....

.....

17.4 Carimbo

17.5 Data:

.....

17.6 Assinatura:

.....

▼**M11**

E 001

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) As rubricas 2.1 a 2.4 referentes à identificação do segurado são para preencher quando necessário.

(3) Indicar todos os apelidos pela ordem do registo civil.

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

(5) M = masculino; F = feminino.

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

Para uso das instituições espanholas, no caso de nacionais espanhóis, indicar o número que consta no bilhete de identidade nacional (DNI) ou NIE, no caso de estrangeiros, se existir, mesmo que esteja caducado. Na sua falta, indicar «Não tem».

(7) O dia e o mês são indicados por dois algarismos e o ano por quatro algarismos (exemplo: 1 de Agosto de 1921 = 01.08.1921).

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

(9) Informação obrigatória para os segurados de nacionalidade espanhola, francesa ou italiana. Consoante o país, a informação deverá consistir na divisão administrativa de que a pessoa é natural (por exemplo, no caso da França, se a comuna de nascimento for «Lille» é necessário indicar o departamento de nascimento «Nord» seguido do código do departamento, se o segurado o conhecer, ou seja, neste caso «59». Assim, a informação completa seria: «Nord 59»). Para as pessoas nascidas em Espanha, indicar somente a província.

(10) Sigla do país de nascimento do segurado de acordo com a nota 1.

(11) Para uso das instituições italianas, indicar o «código fiscal».

Para uso das instituições maltesas, indicar o número do bilhete de identidade no caso de nacionais malteses, ou o número de segurança social maltês, no caso de nacionais não malteses.

Para uso das instituições eslovacas, indicar o número de nascimento eslovaco, se for o caso.

(12) A preencher, quando necessário.

▼M11

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 103 ☐ (1)

EXERCÍCIO DO DIREITO DE OPÇÃO

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 16.º 2 e 3
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 13.º 2 e 3; artigo 14.º 1 e 2

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa (em três exemplares), utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

A. Opção

1. O abaixo assinado

1.1 Apelido(s) (2): .....
1.2 Nome(s) próprio(s) (3): .....
1.3 Apelido(s) anterior(es): .....
1.4 Data de nascimento: .....
1.5 Nacionalidade: .....
1.6 Número de identificação pessoal (4): .....

2. Ocupado desde: .....

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

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

2.3 ☐ como agente auxiliar das Comunidades Europeias

3. Declara optar pela sujeição à legislação de segurança social

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

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

☐ Bélgica	☐ República Checa	☐ Dinamarca	☐ Alemanha	☐ Estónia
☐ Grécia	☐ Espanha	☐ França	☐ Irlanda	☐ Itália
☐ Chipre	☐ Letónia	☐ Lituânia	☐ Luxemburgo	☐ Hungria
☐ Malta	☐ Países Baixos	☐ Áustria	☐ Polónia	☐ Eslovénia
☐ Portugal	☐ Eslováquia	☐ Finlândia	☐ Suécia	☐ Reino Unido
☐ Islândia	☐ Liechtenstein	☐ Noruega	☐ Suíça	

4. Lugar e data:
.....

5. Assinatura:
.....

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

6.1 Designação: .....
6.2 Endereço: .....
.....
6.3 Carimbo
6.4 Data: .....
6.5 Assinatura:
.....

▼**M11**

E 103

B. Declaração

7. Tomámos conhecimento de que a pessoa mencionada no quadro 1 está sujeita à legislação do Estado seguinte (6)

☐ Bélgica	☐ República Checa	☐ Dinamarca	☐ Alemanha	☐ Estónia
☐ Grécia	☐ Espanha	☐ França	☐ Irlanda	☐ Itália
☐ Chipre	☐ Letónia	☐ Lituânia	☐ Luxemburgo	☐ Hungria
☐ Malta	☐ Países Baixos	☐ Áustria	☐ Polónia	☐ Portugal
☐ Eslovénia	☐ Eslováquia	☐ Finlândia	☐ Suécia	☐ Reino Unido
☐ Islândia	☐ Liechtenstein	☐ Noruega	☐ Suíça	

7.1 a partir de: .....

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

8. Instituição designada pela autoridade competente

8.1 Designação: .....

8.2 Número de identificação da instituição: .....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

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

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

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

na **República Checa**, *ao «Česká správa sociálního zabezpečení» (Administração da Segurança Social Checa), em Praga;*

na **Dinamarca**, *para o «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Administração da Segurança Social Nacional), em Copenhaga;*

na **Alemanha**, *ao serviço da «Krankenkasse» de Bona (caixa de seguro de doença) escolhida pelo segurado;*

na **Estónia**, *ao «Sotsiaalkindlustusamet» (Serviço Nacional da Segurança Social), em Tallin;*

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

em **Espanha**, *à «Tesoreria General de la Seguridad Social - Ministerio del Trabajo y Seguridad Social» (Tesouraria Geral da Segurança Social – Ministério do Trabalho e da Segurança Social), em Madrid;*

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

na **Irlanda**, *ao «Department of Social and Family Affairs» (Ministério da Família e Assuntos Sociais), em Dublim*;

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

em **Chipre**, *ao «Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Departamento de Seguro Social, Ministério do Trabalho e da Segurança Social), 1465 Nicósia;*

na **Letónia**, *à «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agência Nacional de Seguro Social)*;

na **Lituânia**, *ao «Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba» (Administração do Fundo de Seguro Social Nacional), em Vilnius;*

no **Luxemburgo**, *ao «Centre commun de la sécurité sociale» (Centro Comum da Segurança Social), no Luxemburgo;*

na **Hungria**, *ao «Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztositási Pénztár» (Caixa Regional de Seguro de Doença para Peste e a capital), em Budapeste;*

em **Malta**, *ao «Dipartiment tas-Sigurta'Soċjali» (Departmento de Segurança Social), em Valletta,*

nos **Países Baixos**, *para o «Sociale Verzekeringsbank» (Banco dos Seguros Sociais), em Amstelveen;*

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

na **Polónia**, *à «Zakład Ubezpieczeń Społecznych – (ZUS)» (Instituto de Seguro Social), em Varsóvia;*

em **Portugal**, *ao Departamento de Acordos Internacionais e Convenções de Segurança Social, em Lisboa*;

na **Eslovénia**, *à delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia);*

na **Eslováquia**, *para a «Sociálna poist'ovňa» (Agência de Seguro Social), em Bratislava;*

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

na **Suécia**, *para o «Försäkringskassan, Huvudkontoret» (Instituto de Seguros Sociais, Serviço Central), em Estocolmo;*

no **Reino Unido**, *«The Inland Revenue, Centre for Non-Residents» (Administração Fiscal, Centro de não-residentes), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;*

na **Islândia**, *ao «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*

▼M11

E 103

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

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

na **Suíça**, *à «Caisse fédérale de compensation» (Caixa de Compensação Federal), em Berna.*

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

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

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

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar os apelidos pela ordem do registo civil.

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

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

Para os trabalhadores sujeitos à legislação espanhola, indicar o número da Segurança Social.

Para os trabalhadores sujeitos à legislação maltesa, no caso de nacionais malteses, indicar o número do bilhete de identidade e, no caso de nacionais não malteses, indicar o número de segurança social maltês.

Para os trabalhadores sujeitos à legislação eslovaca, indicar o número de nascimento eslovaco, se for possível.

Para os trabalhadores sujeitos à legislação polaca, indicar os números PESEL e NIP ou, na sua falta, a série e o número de bilhete de identidade ou passaporte.

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

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

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

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 104 ☐ (1)

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

Doença – maternidade – morte (subsídio) – invalidez

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 9.º 2; artigo 18.º 1; artigo 38.º 1; artigo 64.º
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 6.º 2; artigo 16.º; artigo 39.º 1 e 2; artigo 79.º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição do último Estado-Membro a cuja legislação o interessado esteve sujeito. Esta instituição preenche a parte B e devolve o formulário à instituição que lho enviou. Se o formulário for emitido a pedido do interessado, a instituição que o emite preenche as partes A.2 e B e entrega ou envia o formulário ao próprio interessado.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

Parte A

1. Instituição destinatária

1.1 Designação: .....

1.2 Número de identificação da instituição: .....

1.3 Endereço: .....

.....

2. Segurado

2.1 Apelido(s) (2): .....

2.2 Nome(s) próprio(s) (3): ..... Data de nascimento: .....

2.3 Apelido(s) anterior(es): ....

2.4 Número de identificação pessoal: .....

2.5 A partir da data indicada no ponto 3.1, o segurado exerceu uma actividade:

☐ assalariada ☐ não assalariada em (4) .....

2.6 ☐ Última entidade patronal

☐ Última actividade não assalariada

.....

Endereço: .....

.....

2.7 ☐ Entidades patronais anteriores: ☐ Actividades anteriores não assalariadas:

[nome e endereço] .....

....

....

....

....

....

3. A fim de darmos seguimento a um pedido apresentado pelo segurado acima mencionado, solicitamos que nos comuniquem os períodos de seguro, de emprego ou de residência cumpridos pelo mesmo

3.1 a partir de .....

3.2 ao abrigo da legislação do vosso país, para o risco:

☐ doença e maternidade (5) ☐ morte (subsídio) ☐ invalidez (6)

▼**M11**

E 104

4. Instituição competente

4.1 Designação: .....

4.2 Número de identificação da instituição: .....

4.3 Endereço: .....

.....

4.4 Carimbo

4.5 Data: .....

4.6 Assinatura:

.....

Parte B

5. A pessoa indicada no quadro 2

5.1 ☐ esteve abrangida pelo seguro de doença e maternidade desde a data mencionada no ponto 3.1 ([7])

5.2 ☐ completou desde .....

6. os períodos de seguro ou de emprego, para as seguintes prestações: ☐ ([5])

6.1	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.2	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.3	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.4	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.5	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.6	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.7	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.8	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.9	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
6.10	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])

7. os períodos de residência seguintes

7.1	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.2	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.3	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.4	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.5	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.6	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.7	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.8	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.9	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])
7.10	de	a	([8])	para ([9]) o risco de	☐	([10])

8. Instituição que preenche a parte B

8.1 Designação: .....

8.2 Número de identificação da instituição:

.....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

(2)

▼**M11**

E 104

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário em primeiro lugar: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar os apelidos pela ordem do registo civil.

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

(4) Indicar o Estado.

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

(6) Para uso das instituições francesas e letãs.

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

(8) Se o atestado for destinado a uma instituição belga, checa, grega, letã, lituana, polaca ou do Liechtenstein, indicar se se trata de períodos de actividade assalariada ou não assalariada utilizando os códigos seguintes: D = assalariada; I = não assalariada.
Se o atestado for destinado a uma instituição alemã, lituana, luxemburguesa ou polaca, indicar os períodos de seguro no quadro 7 utilizando os códigos seguintes: P = seguro obrigatório; F = seguro voluntário.

(9) Indicar o risco coberto, utilizando os códigos seguintes:
A = doença e maternidade; B = morte (subsídio); O = invalidez.

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

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 106 [ ] (1)

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

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

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

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

A. Notificação do direito

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
1.4 Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. Segurado

2.1 Apelido(s) (3):
.....
2.2 Nome(s) próprio(s) (4): ..... Data de nascimento: .....
2.3 Apelido(s) anterior(es): .....
2.4 Endereço no país de residência: .....
.....
2.5 Número de identificação pessoal:
.....
2.6 A pessoa ☐ é um trabalhador assalariado
2.7 O segurado ☐ é um trabalhador não assalariado
2.8 O segurado ☐ é um trabalhador fronteiriço (assalariado)
2.9 O segurado ☐ é um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
2.10 O segurado ☐ é um trabalhador desempregado

3. Membro da família (5)

3.1 Apelido(s) (3):
.....
3.2 Nome(s) próprio(s) (4): ..... Data de nascimento: .....
3.3 Apelido(s) anterior(es): .....
3.4 Endereço no país de residência: .....
.....
3.5 Número de identificação pessoal: .....

4.1 ☐ O segurado acima indicado e os membros da família (6) que com ele residem
4.2 ☐ Os membros da família (6) do desempregado acima indicado

5. têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de .....

▼**M11**

E 106

6. Os interessados conservam este direito

6.1 ☐ até à anulação do presente atestado

6.2 ☐ durante um ano a contar da data mencionada no ponto 5 (7)

6.3 ☐ até ..... inclusive (8)

7. Instituição competente para o seguro de doença e maternidade

7.1 Designação: .....

7.2 Número de identificação da instituição: .....

7.3 Endereço: .....

.....

.....

7.4 Carimbo

7.5 Data: .....

7.6 Assinatura:

.....

B. Notificação da inscrição (9)

8.

8.1 ☐ O segurado indicado no quadro 2 e os membros da sua família

8.2 ☐ Os membros da família do desempregado indicados no quadro 3

8.3 ☐ foram inscritos na nossa instituição em .....

8.4 ☐ não puderam ser inscritos na nossa instituição dado que .....

.....

9.

	Apelido(s) (3)	Nome(s) próprio(s) (4)	Apelido(s) anterior(es)	Data de nascimento	Número de identificação pessoal
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Instituição do lugar de residência

10.1 Designação: .....

10.2 Número de identificação da instituição: .....

10.3 Endereço: .....

.....

.....

10.4 Carimbo

10.5 Data: .....

10.6 Assinatura:

.....

(2)

▼**M11**

E 106

Indicações para o segurado

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

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

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

na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*

na **República Checa,** *a «Zdravotní pojišťovna», a Caixa de seguro de doença do lugar de residência;*

na **Dinamarca**, *a autoridade municipal do lugar de residência;*

na **Alemanha**, *a «Krankenkasse» (caixa de seguro de doença) escolhida pelo interessado;*

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de seguro de doença da Estónia);*

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

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

Em **França**, *a «Caisse primaire d´assurance-maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*

Na **Irlanda**, *o serviço de saúde local do «Health Service Executive» (Serviço de saúde);*

na **Itália**, *regra geral, a «Azienda sanitaria locale» (ASL) (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della sanità - Ufficio di sanità maritima o aerea» (Ministério da Saúde - Departamento de saúde da marinha mercante ou da aviação civil);*

em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde 1448 Nicósia); mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;*

na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*

na **Lituânia**, *a «Teritorinė ligoniu kasa» (Caixa Regional de Seguro de Doença), instituições de seguro de doença e maternidade;*

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

na **Hungria**, *o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Serviço de Seguro Social local);*

em **Malta**, *a «Entitlement Unit» (Unidade de direitos), «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), 23, John Street, Valletta;*

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

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

na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência;*

em **Portugal**, *para o* **Continente**: *o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a* **Madeira**: *o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os* **Açores**: *o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;*

na **Eslovénia**, *o «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia);*

na **Eslováquia**, *a «zdravotná poisťovňa» (companhia de seguros de saúde) escolhida pela pessoa segurada;*

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

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

no **Reino Unido**, *o «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões), the Pension Service (Serviço de Pensões), International Pension Centre (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, ou para a Irlanda do Norte o «Department for Social Development» (Ministério do Desenvolvimento Social), Overseas Benefits Branch (Direcção de Prestações Internacionais), Block 2, Castle Buildings, Belfast, conforme o caso;*

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

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

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

na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

d) *Este formulário é válido a partir da data indicada no ponto 5 e pelo período indicado no quadro 6 pela quadrícula que estiver assinalada com uma cruz.*

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

▼**M11**

E 106

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

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

(3) Indicar os apelidos pela ordem do registo civil.

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

(5) A preencher apenas se o formulário disser respeito aos membros da família de um desempregado. Indicar só um membro da família para a inscrição, visto que os membros da família que têm direito às prestações são determinados pela legislação do país de residência.

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

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

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

(9) Se este formulário for emitido para renovar um atestado anterior, não há lugar ao preenchimento da parte B.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 107 [ ] (1)

PEDIDO DE ATESTADO DE DIREITO A PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19.º 1.a; artigo 19.º 2; artigo 22.º 1.a.i, b.i e c.i; artigo 22.º 3; artico 25.º 1.a e 3.i; artigo 26.º 1; artigo 28.º 1.a; 29.º 1.a; 31.º a; 52.º a; 55.º 1.a.i, b.i e c.i;
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 17.º 1;artigo 21.º 1; artigo 22.º 1 e 3; artigo 23.º; artigo 27.º, primeira frase; artigo 28.º; artigo 29.º 1 e 2; artigo 30.º 1; artigo 31.º 1 e 3; artigo 60.º 1; artigo 62.º 3, 4 e 7; artigo 63.º 1 e 3

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

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

1. Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....

2. ☐ Segurado

2.1 Apelido(s) (2): .....
2.2 Nome(s) próprio(s) (3): ..... Data de nascimento: .....
2.3 Apelido(s) anterior(es): .....
2.4 Endereço: .....
.....
2.5 Número de identificação pessoal (4): .....
2.6 ☐ Titular ☐ Requerente da pensão ou da renda por
☐ velhice ☐ invalidez ☐ sobrevivência
☐ acidente de trabalho ☐ doença profissional
2.7 Instituição devedora da pensão ou da renda: .....

3. ☐ Última entidade patronal (5) ☐ Última actividade não assalariada (5)

3.1 Designação: .....
3.2 Endereço: .....
.....
3.3 Ramo de actividade (6): .....
3.4 Instituição de seguro de acidentes de trabalho em que a entidade patronal está inscrita (7): .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 107

4. Membro da família (8)

4.1 Apelido(s) (2)	Nome(s) próprio(s) (3)	Data de nascimento	Número de identificação do titular (4)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Endereço no país de residência (9): .....

.....

5. Em ..... recebemos um requerimento proveniente da pessoa indicada

☐ no quadro 2 ☐ no quadro 4

para

5.1 ☐ a concessão de prestações em espécie

5.2 ☐ a manutenção do direito às prestações em espécie

5.3 ☐ a inscrição na nossa instituição como beneficiário das prestações em espécie

6. As prestações em espécie ☐ foram concedidas ☐ não foram concedidas

6.1 em conformidade com o disposto no artigo ☐ 29.º 2 ☐ 60.º 1 ☐ 62.º 3 do Regulamento 574/72

6.2 O requerente ☐ não voltou a exercer actividade até ao presente

☐ exerceu a actividade seguinte:

.....

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

☐ formulário E .....

☐ um atestado que substitua, a título provisório, o Cartão Europeu de Seguro de Doença ou um Cartão Europeu de Seguro de Doença (se este puder ser emitido ao abrigo da legislação do Estado competente)

Válido de ..... a .....

8. ☐ Em anexo, relatório médico (10)

9. Instituição do lugar de residência ou de estada

9.1 Designação: .....

9.2 Número de identificação da instituição: .....

9.3 Endereço: .....

.....

9.4 Carimbo

9.5 Data: .....

9.6 Assinatura:

.....

▼**M11**

E 107

B. A preencher pela instituição competente

10.

10.1 ☐ Encontra-se, em anexo, o formulário acima mencionado, solicitando-se a devolução de um exemplar preenchido e assinado (11)

10.2 ☐ Não nos é possível emitir o documento solicitado na parte A, dado que:

.....

.....

11. Instituição competente

11.1 Designação: .....

11.2 Número de identificação da instituição:

11.3 Endereço: .....

.....

.....

11.4 Carimbo

11.5 Data:

.....

11.6 Assinatura:

.....

▼M11

NOTAS

E 107

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

(4) Para uso das instituições italianas, indicar o código fiscal.

Para uso das instituições maltesas, para os nacionais malteses, indicar o número do bilhete de identidade; para os nacionais não malteses, indicar o número de segurança social maltês.

Para uso das instituições eslovacas, indicar o número de nascimento eslovaco, se for o caso.

Para uso das instituições espanholas, para os nacionais espanhóis, indicar o número do DNI, para os nacionais não espanhóis, indicar o número do NIE. Caso o prazo de validade do DNI ou NIE tenha caducado, preencher com «não tem».

(5) Preencher somente quando o formulário disser respeito a um trabalhador assalariado ou não assalariado em actividade ou a um desempregado.

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

(7) Para Espanha: a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) ou a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Marinha) para o regime especial dos trabalhadores marítimos.

(8) Preencher somente no caso de membros da família para os quais tenha sido apresentado um requerimento de prestações ou de inscrição. Para a inscrição, indicar um membro da família apenas.

(9) Preencher somente se a morada dos membros da família for diferente da do chefe de família.

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

(11) Para uso das instituições neerlandesas e suíças e se a natureza do formulário a devolver o permitir.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 108 ☐ (1)

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

Pessoas residentes num país que não seja o país competente

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

A instituição competente ou a instituição do lugar de residência preenche a parte A do formulário e remete dois exemplares à instituição do lugar de residência ou à instituição competente (se for o caso, por intermédio do organismo de ligação). A instituição destinatária deverá preencher a parte B do formulário e enviar um exemplar à instituição remetente.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

A. Notificação

1. Instituição destinatária

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....

2.
☐ Trabalhador assalariado
☐ Trabalhador não assalariado
☐ Desempregado
☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
☐ Requerente de pensão ou de renda
☐ Trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ Trabalhador fronteiriço (não assalariado)

2.1 Apelido(s) (2):
.....
2.2 Nome(s) próprio(s) (3): ..... Data de nascimento: .....
2.3 Apelido(s) anterior(es): .....
2.4 Endereço no país de residência: .....
.....
2.5 Número de identificação pessoal (4):
.....

3. Membro da família (5)

3.1 Apelido(s) (2):
.....
3.2 Nome(s) próprio(s) (3): ..... Data de nascimento: .....
3.3 Apelido(s) anterior(es): .....
3.4 Endereço no país de residência: .....
3.5 Número de identificação pessoal:
.....

▼M11

E 108

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

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

4.2 Todos os membros da família do segurado inscritos deixaram de residir no nosso ☐ vosso ☐ país desde .....
.....

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

4.4 O titular mencionado no quadro 2
ou

☐ o membro da família mencionado no quadro 3

☐ já não reside no nosso ☐ vosso ☐ país desde ..... (data)

☐ faleceu em ..... (data)

4.5 ☐ O membro da família mencionado no ponto 3 deixou de preencher as condições requeridas pela legislação do Estado de residência a partir de
.....

4.6 ☐ ([6]).....

5. ☐ Instituição competente ☐ Instituição do lugar de residência

5.1 Designação: .....
5.2 Número de identificação da instituição: .....
5.3 Endereço: .....
.....

5.4 Carimbo

5.5 Data: .....

5.6 Assinatura:
.....

B. Aviso de recepção

6. Recebemos a notificação contida na parte A em .....

7. ☐ A inscrição da(s) pessoa(s) mencionada(s) na parte A terminou em .....

☐ Confirmamos a suspensão ou supressão do direito às prestações notificada na secção 4 e com efeitos a partir de .....
.....

8. ☐ Instituição competente ☐ Instituição do lugar de residência

8.1 Designação: .....
8.2 Número de identificação da instituição: .....
8.3 Endereço: .....
.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:
.....

▼M11

E 108

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário em primeiro lugar: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

(4) Para uso da instituição italiana competente, indicar o código fiscal.

Para uso das instituições maltesas competentes, para os nacionais malteses, indicar o número do bilhete de identidade; para os nacionais não malteses, indicar o número de segurança social maltês.

Para uso das instituições eslovacas competentes, indicar o número de nascimento eslovaco, se for possível.

Para uso das instituições espanholas, para os nacionais espanhóis, indicar o número do DNI, para os nacionais não espanhóis, indicar o número do NIE. Caso o prazo de validade do DNI ou NIE tenha caducado, preencher com «não tem».

(5) Preencher se o termo do direito às prestações afectar membros da família.

(6) Deve indicar o motivo da suspensão/supressão, de acordo com as alíneas seguintes:

a) O titular iniciou uma actividade no Estado de residência;

b) Um membro da família iniciou uma actividade no Estado de residência;

c) Sem pagamento de contribuições;

d) Outro.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 109 [ ] (1)

ATESTADO PARA A INSCRIÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO SEGURADO E PARA A ACTUALIZAÇÃO DOS INVENTÁRIOS

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

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares ao segurado, ou remete-os (se for caso disso, por intermédio do organismo de ligação) à instituição do lugar de residência, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Se os membros da família do segurado residirem no Reino Unido, a instituição competente faz chegar os dois exemplares ao Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne. A instituição do lugar de residência, quando na posse dos formulários, preenche a parte B e devolve um exemplar à instituição competente. Se os membros da família residirem em diferentes países, deverá ser emitido um atestado distinto para cada um desses países.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

A. Notificação do direito

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
1.4 Referência: vosso formulário E 107 de: .....

2. Segurado

2.1 Apelido(s) (3):
.....
2.2 Nome(s) próprio(s) (4): ..... Data de nascimento: .....
2.3 Apelido(s) anterior(es): .....
2.4 Endereço: .....
.....
2.5 Número de identificação pessoal:
.....
2.6 O segurado ☐ é um trabalhador não assalariado

3. Membro da família

3.1 Apelido(s): .....
.....
3.2 Nome(s) próprio(s) (4): ..... Data de nascimento: .....
3.3 Apelido(s) anterior(es): .....
3.4 Endereço: .....
.....
3.5 Número de identificação pessoal: .....

4. Os membros da família do segurado acima indicado têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade salvo se

☐ tiverem já direito a tais prestações ao abrigo da legislação do país onde residem (5)

☐ exercerem uma actividade profissional (5)

▼M11

E 109

6. e mantém-se:

6.1 ☐ até à anulação do presente atestado

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

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

6.4 ☐ até (7) ..... inclusive.

7. ☐ Por favor, devolver o Cartão Europeu de Seguro de Doença, válido até ....., do membro da família mencionado no quadro 3, com o número .....

8. Instituição competente

8.1 Designação:
.....

8.2 Número de identificação da instituição: .....

8.3 Endereço: .....
.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:
.....

B. Notificação da inscrição (8)

9. ☐ (9)

Os seguintes membros da família não foram inscritos:

	Apelido(s) (3)	Nome(s) próprio(s) (4)	Data de nascimento	Número de identificação pessoal
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

por

☐ Não terem direito a prestações

☐ Terem já direito a prestações em espécie

☐ Outros motivos

10. ☐ (9)

Os seguintes membros da família do segurado indicado no quadro 2 foram inscritos:

	Apelido(s) (3)	Nome(s) próprio(s) (4)	Data de nascimento	Número de identificação pessoal
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

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

(2)

▼**M11**

E 109

11.	Cartão Europeu de Seguro de Doença
11.1	☐ Conforme solicitado no quadro 7, juntamos o Cartão Europeu de Seguro de Doença com o n.º .....
11.2	☐ Queiram indicar, por favor, as medidas a aplicar relativamente ao Cartão Europeu de Seguro de Doença n.º ..... e válido até ....., emitido a favor do membro da família referido no quadro 3

12.	Instituição do lugar de residência		
12.1	Designação		
12.2	Número de identificação da instituição		
12.3	Endereço		
	.....		
12.4	Carimbo	12.5	Data .....
		12.6	Assinatura:
			.....

Indicações para o segurado

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

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

na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*
na **República Checa**, *a «Zdravotní pojišťovna», a caixa de seguro de doença do lugar de residência;*
na **Dinamarca**, *a autoridade municipal do lugar de residência;*
na **Alemanha**, *a «Krankenkasse» (Caixa de seguro de doença) escolhida;*
na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de seguro de doença da Estónia);*
na **Grécia**, *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um boletim de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*
em **Espanha**, *a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social);*
na **França**, *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);*
na **Irlanda**, *o serviço de saúde local do «Health Service Executive» (Serviço de saúde);*
na **Itália**, *regra geral, a «Azienda sanitaria locale» (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região;*
em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde, 1448 Nicósia), instituições do seguro de doença e maternidade; mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;*
na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*
na **Lituânia**, *a Caixa regional de seguro de doença, instituições de seguro de doença e maternidade;*
no **Luxemburgo**, *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*
na **Hungria**, *o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente;*
em **Malta**, *a «Entitlement Unit» (Unidade de direitos), «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), 23, John Street, Valletta;*
nos **Países Baixos**, *uma caixa de doença competente para o lugar de residência;*
na **Áustria**, *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;*
na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência;*
em **Portugal**, *para o* ***Continente****: o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a* ***Madeira****: o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os* ***Açores****: o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;*
na **Eslovénia**, *a delegação regional do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) competente para o lugar de residência;*
na **Eslováquia**, *a «Zdravotná Poisťovňa» (Companhia de Seguros de Saúde) escolhida pelo segurado;*
na **Finlândia**, *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social);*
na **Suécia**, *o «Försäkringskassan» (Serviço do Seguro Social) do lugar de residência;*
no **Reino Unido**, *o «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões),«the Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, ou para a Irlanda do Norte o «Department for Social Development» (Ministério do Desenvolvimento Social), «Overseas Benefits Branch» (Direcção de Prestações Internacionais), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
na **Islândia**, *o «Tryggingastofnun ríkisis» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*
no **Liechtenstein**, *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*
na **Noruega**, *o «lokale trygdekontor» (Serviço de Seguro local), do lugar de residência;*
na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

c) *Este formulário é válido a partir da data indicada na secção 5 e pelo período indicado no quadro 6 pela quadrícula que estiver assinalada com uma cruz.*

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

▼M11

E 109

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

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

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

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

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

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

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

(9) Preencher o quadro 9 ou 10, conforme o caso, e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

▼**M10**

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «instruções» nas páginas 2 e 3

E 111 ☐ (1)

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

Regulamento 1408/71: artigo 22.° 1.a.i; artigo 22.°3; artigo 22.° A; artigo 31.° a; artigo. 34.°A;
Regulamento 574/72: artigo. 20.° 4; artigo 21.° 1; artigo 23.°; artigo 31.° 1 e 3

ATENÇÃO: O PRESENTE DOCUMENTO NÃO CONFERE NENHUM DIREITO SE O OBJECTIVO DA DESLOCAÇÃO FOR RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NO ESTRANGEIRO

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

☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados) ☐ Outra pessoa segurada

(Apelido (1a), Apelidos de solteira (1a), D.N.I. (nota 2a), Endereço (2))

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

2 Membros da família(3)

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

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

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

3.1 (5) ☐ de ..... a ..... inclusive

3.2 (5) ☐ a partir de .....

▼M6

E 111

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... N.º de código ([6]): .....

4.2 Endereço ([2]): .....

.....

4.3 Carimbo

4.4 Data: .....

4.5 Assinatura

.....

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

5 Instituição francesa competente para os acidentes da vida particular dos não assalariados agrícolas

5.1 Designação: ..... N.º de código ([6]): .....

5.2 Endereço ([2]): .....

.....

5.3 Carimbo

5.4 Data: .....

5.5 Assinatura

.....

INSTRUÇÕES

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

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

Indicações para o segurado e membros da sua família

a) *O presente documento permite:*

— *ao trabalhador assalariado ou não assalariado, ao estudante, ou a uma outra pessoa segurada e aos membros da família mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o Estado competente, em caso de necessidade imediata;*

— *ao titular de pensão ou de renda e aos membros da sua família, mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o da sua residência habitual,*

obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie em caso de doença, (incluindo, em caso de doenças crónicas e de doenças pré-existentes) ou de maternidade e, a título provisório, em caso de acidente de trabalho ou de doença profissional.

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

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

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

na **Alemanha,** a Caixa *de doença escolhida pelo interessado;*

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

▼M6

E 111

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

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

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

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

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

nos **Países Baixos,** *a «ANOZ Verzekeringen», em Utreque. A assistência do médico, do dentista e do farmacêutico pode ser pedida sem contacto prévio com a ANOZ Verzekeringen; se a pessoa tiver de ser hospitalizada, os formulários de admissão no hospital e E 111 serão enviados à ANOZ Verzekeringen;*

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTAS

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

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

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

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

([2a]) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado.

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

([3]) Indicar somente os membros de família que se desloquem temporariamente a outro Estado-Membro.

([4]) Indicar somente quando o endereço dos membros da Família for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

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

([6]) A preencher, se o possuir.

▼M6

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» no verso

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS

E 111 **B** (1)

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

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

ATENÇÃO: O PRESENTE DOCUMENTO NÃO CONFERE NENHUM DIREITO SE O OBJECTIVO DA DESLOCAÇÃO FOR RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NO ESTRANGEIRO

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

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

2 Membros da família (3)

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

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

SOMENTE HOSPITALIZAÇÃO

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

4 Instituição competente

4.1 Designação: ..... N.° de código (5): .....
4.2 Endereço (2): .....
.....
4.3 Carimbo
4.4 Data: .....
4.5 Assinatura
.....

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

①

▼M6

REGIME DOS NÃO ASSALARIADOS | **E 111** | **B**

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

INSTRUÇÕES

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

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

Indicações para o segurado e membros da sua família

a) O presente documento permite:

— *ao trabalhador não assalariado e aos membros da sua família, mencionados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado-Membro que não seja o Estado competente e,*

— *ao titular de pensão ou de renda do regime dos não assalariados e aos membros da sua família, enumerados no quadro 2, que se encontrem em estada temporária num Estado que não seja o da sua residência habitual,*

obter, dos organismos seguradores do país de estada, as prestações em espécie apenas em caso de hospitalização (incluindo em caso de doenças crónicas e de doenças pré-existentes).

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

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

na **Alemanha,** *a Caixa de doença escolhida pelo interessado;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTAS

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

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

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

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

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

([3]) Indicar somente os membros da família que se desloquem temporariamente a outro Estado-Membro.

([4]) Indicar somente quando o endereço dos membros da família for diferente do do trabalhador ou do do titular da pensão ou da renda.

([5]) A preencher, se o possuir.

▼M2

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 112 [ ] (1)

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

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

A instituição competente ou a instituição do lugar de residência do segurado, pensionista ou membro da família envia o formulário ao segurado, ao pensionista ou ao membro da família do pensionista. Se o trabalhador ou o pensionista se deslocarem ao Reino Unido, deverá igualmente ser remetido um exemplar deste formulário ao «Department for Work and Pensions», «Pension Service», «International Pension Centre», Tyneview Park, em Newcastle-upon-Tyne.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 2 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.

1. ☐ Segurado ☐ Membro da família do segurado
☐ Trabalhador não assalariado ☐ Membro da família do trabalhador não assalariado
☐ Pensionista (assalariado) ☐ Membro da família do pensionista (assalariado)
☐ Pensionista (não assalariado) ☐ Membro da família do pensionista (não assalariado)

1.1 Apelido(s) (2):
.....

1.2 Nome(s) próprio(s) (3): Data de nascimento:
....

1.3 Apelido(s) anterior(es): .....

1.4 Endereço no país competente:
.....

1.5 Endereço no país para onde o interessado se desloca:
.....
.....

1.6 Número de identificação pessoal (4):

2. A pessoa acima mencionada está autorizada a conservar o direito às prestações em espécie

☐ do seguro de doença e maternidade ☐ do seguro de acidentes da vida privada (5)
em ..... (país) para onde se desloca

2.1 ☐ para aí fixar a sua residência

2.2 ☐ para aí ser assistido por (6)
.....
.....
ou por outro estabelecimento de natureza similar em caso de transferência clinicamente necessária ao seu tratamento.

2.3 ☐ para enviar amostras biológicas para efeitos de análise sem a necessidade de o interessado estar presente.

3. As referidas prestações podem ser concedidas, mediante apresentação deste atestado,
de ..... a ..... inclusive.

4. O relatório do nosso médico inspector

4.1 ☐ segue junto ao presente formulário em envelope fechado

4.2 ☐ foi enviado em (data) ..... à (7) .....

4.3 ☐ será por nós enviado, a pedido

4.4 ☐ não foi efectuado

5. Instituição competente

5.1 Designação .....

5.2 Número de identificação da instituição .....

5.3 Endereço .....
.....

5.4 Carimbo

5.5 Data .....

5.6 Assinatura:
.....

▼**M11**

E 112

Instruções para o interessado

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

na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*
na **República Checa,** *a «Zdravotní pojišťovna», a caixa de seguro de doença escolhida;*
na **Dinamarca**, *o prestador de cuidados de saúde, normalmente o médico de clínica geral, que o encaminhará para um especialista;*
na **Alemanha**, *a «Krankenkasse» (Caixa de seguro de doença) escolhida;*
na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de seguro de doença da Estónia);*
na **Grécia**, *regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA) que entrega ao interessado um boletim de saúde, sem o qual as prestações em espécie não serão concedidas;*
em **Espanha**, *os serviços médicos e hospitalares do sistema de saúde da segurança social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*
em **França**, *a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa primária de seguro de doença);*
na **Irlanda**, *o serviço de saúde local do «Health Service Executive» (Serviço de saúde);*
na **Itália**, *regra geral, a «Azienda sanitaria locale» (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região;*
em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde, 1448 Nicósia);*
na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*
na **Lituânia**, *a Caixa regional de seguro de doença, instituições de seguro de doença e maternidade;*
no **Luxemburgo**, *a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*
na **Hungria**, *o prestador de cuidados de saúde;*
em **Malta**, *o sistema do serviço nacional de saúde (médico, dentista, hospital, centro de saúde) que dispensa o tratamento;*
nos **Países Baixos**, *qualquer caixa de doença competente para o lugar de residência ou, em caso de estada temporária, o «Agis zorgverzekeringen» (Associação geral mutualista de seguro de doença), em Utreque;*
na **Áustria**, *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência ou de estada;*
na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência ou de estada;*
em **Portugal,** *para o* ***Continente****: a Administração Regional de Saúde do lugar de estada ou de residência; para a* ***Madeira****:* o *Centro de Saúde do lugar de estada; para os* ***Açores****:* o *Centro de Saúde do lugar de estada;*
na **Eslovénia**, *a delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) do lugar de residência ou de estada;*
na **Eslováquia**, a *«Zdravotná Poisťovňa» (Companhia de seguros de saúde) escolhida pelo segurado;*
na **Finlândia**, *o serviço local do «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social). Deve apresentar o formulário ao centro de saúde municipal ou ao hospital público que efectuar o tratamento;*
na **Suécia**, *o «Försäkringskassan» (Serviço do seguro social local). Apresentar o formulário à instituição que efectuar o tratamento;*
no **Reino Unido**, *o serviço médico (médico, dentista, hospital, etc.) que efectuar o tratamento;*
na **Islândia**, *ao «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*
no **Liechtenstein**, *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*
na **Noruega**, *o «lokale Trygdekontor» (Serviço de seguro local);*
na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure. Apresentar o formulário ao médico ou ao hospital que efectuar o tratamento.*

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal;SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

(4) Indicar o número do segurado caso o membro da família não tenha um número de identificação pessoal.

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

(6) A preencher, sempre que possível.

(7) Designação e endereço da instituição à qual o relatório médico tiver sido enviado.

▼M5

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 2

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZAÇÃO, NOTIFICAÇÃO DE ENTRADA E DE SAÍDA

Regulamento 1408/71: artigo 19.º; artigo 22.º; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 25.º 1 e 3.i; artigo 26.º; artigo 31.º a; artigo 34.ºA; artigo 34.ºB; artigo 52.º a; artigo 55.º 1
Regulamento 574/72: artigo 17.º 6; artigo 20.º 5; artigo 21.º 2; artigo 22.º 2 e 3; artigo 23.º; artigo 26.º 3; artigo 27.º; artigo 28.º; artigo 31.º 2 e 3; artigo 60.º 5; artigo 62.º 7; artigo 63.º 2

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

1 Instituição competente

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

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

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

3 Membro da família hospitalizado

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

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

A. Notificação de entrada

5 A pessoa mencionada ☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3
5.1 foi hospitalizada a .....
5.2 no estabelecimento seguinte (5) .....
5.3 em consequência ☐ de doença ☐ de maternidade ☐ de acidente de trabalho (6)
☐ de doença profissional (7) ☐ de acidente da vida privada (8)
5.4 A hospitalização prolongar-se-á provavelmente até .....
5.5 ☐ (9) Documentos justificativos ou relatório médico, em anexo

①

▼M5

E 113

B. Notificação de saída

6 A hospitalização notificada

☐ pelo nosso formulário E 113 datado de .....

☐ na parte A anterior

terminou em .....

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

INSTRUÇÕES

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

NOTAS

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

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

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

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

([2b]) Para os nacionais espanhóis, indicar o número que consta no cartão de identidade nacional (DNI), se existir, mesmo que esteja caducado, ou passaporte /N.I.F. Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

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

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

([5]) Designação do estabelecimento hospitalar.

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

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

([7]) A indicar, se possível.

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

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

②

▼M5

COMUNIDADES EUROPEIAS
Regulamentos de Segurança Social
EEE*

Ver «Instruções» na página 2

E 114 ☐ (1)

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DE GRANDE IMPORTÂNCIA

Regulamento 1408/71: artigo 19.º; artigo 22.º; artigo 22.ºA; artigo 22.ºB; artigo 24.º; artigo 25.º 1 e 3.i; artigo 26.º; artigo 31.º a; artigo 34.ºA; artigo 34.ºB; a; artigo 52.º a; artigo 55.º 1
Regulamento 574/72: artigo 17.º 7; artigo 20.º 5; artigo 21.º 2; artigo 22.º 2 e 3; artigo 23.º; artigo 26.º 3; artigo 27.º; artigo 28.º; artigo 31.º 2 e 3; artigo 60.º 6; artigo 62.º 7; artigo 63.º 2 e 3

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

A. Notificação

1 Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Trabalhador assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados) ☐ Estudante

☐ Trabalhador não assalariado ☐ Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados) ☐ Outra pessoa segurada

☐ Trabalhador em situação de desemprego ☐ Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido (3a)

.....

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

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

.....

.....

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

3 Membro da família em causa

3.1 Apelido (3a)

.....

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

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

.....

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

4 Referência:

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

4.2 ☐ nosso formulário E 107 de .....

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

☐ no quadro 2 ☐ no quadro 3

5.1 ☐ a necessidade ☐ a urgência absoluta

5.2 das prestações seguintes: .....

.....

5.3 cujo custo ☐ provável ☐ efectivo é, nos termos da nossa legislação, de ..... (6)

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

7 As prestações referidas no ponto 5.2 (8)

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

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

①

▼M5

E 114

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

B. Oposição eventual da instituição competente

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

Motivo

.....

.....

10	Instituição competente				
10.1	Designação:	.....	N.º de código ([9]):	.....	
10.2	Endereço ([2]):	.....			
	.....				
10.3	Carimbo	10.4	Data:		
		10.5	Assinatura		
			.....		

INSTRUÇÕES

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

NOTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

([9]) A preencher se o possuir.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 115 ☐ (1)

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS POR INCAPACIDADE DE TRABALHO

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

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Instituição competente

1.1 Designação: .....

1.2 Endereço: .....

.....

1.3 Número de identificação da instituição:

.....

2. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador desempregado

2.1 Apelido(s) (2): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

2.2 Nomes próprios: ..... Data de nascimento: .....

2.3 Número de identificação pessoal:

.....

2.4 Portador do formulário E 119 emitido em ..... (3)
e do formulário E 303 emitido em ..... (3)

3. Entidade patronal (4)

3.1 Nome ou firma: .....

3.2 Endereço: .....

.....

A. ☐ (5) **Pedido de prestações**

4. A pessoa mencionada no quadro 2 solicitou em ..... (data)
a concessão de prestações pecuniárias por

☐ cuidados hospitalares de ..... a ..... (datas) num hospital ou num centro de prevenção ou de reabilitação (6)

☐ incapacidade de trabalho

por

4.1 ☐ doença ☐ maternidade (data presumível do parto: .....)

☐ acidente de trabalho ☐ acidente ocorrido em ..... (data)

☐ doença profissional ☐ adopção ☐ compensação reduzida em caso de maternidade e adopção

▼**M11**

E 115

5. O certificado do médico assistente
☐ encontra-se em anexo ☐ não pôde ser apresentado

6. Segundo o parecer do nosso médico inspector ☐ cujo relatório se anexa
☐ cujo relatório será enviado o mais brevemente possível

6.1 ☐ A incapacidade de trabalho teve início em .....
e prolongar-se-á provavelmente até .....

6.2 ☐ Não existe incapacidade de trabalho (7)

7. ☐ O interessado não cumpriu as formalidades previstas na nossa legislação, designadamente:
.....
.....

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

8.1 ☐ A incapacidade de trabalho foi devida a outras circunstâncias específicas tal como consta da documentação anexa.

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

8.3 ☐ Em anexo a este formulário, encontra-se outra documentação sobre a causa da incapacidade de trabalho.

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

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

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

11. Em seguimento ao

11.1 ☐ nosso formulário E 115 de ..... (data)

11.2 ☐ vosso formulário E 117 de ..... (data)

11.3 Informamos que, segundo o parecer do nosso médico que procedeu ao exame,
☐ cujo relatório se anexa
☐ cujo relatório será enviado o mais brevemente possível
a pessoa indicada no quadro 2 estará provavelmente incapaz de trabalhar até ..... inclusive.

12. Instituição do lugar de residência ou de estada

12.1 Designação: .....

12.2 Número de identificação da instituição: .....

12.3 Endereço: .....
.....

12.4 Carimbo

12.5 Data: .....

12.6 Assinatura:
.....

▼M11

E 115

Instruções para os interessados

Para Itália, em caso de doença ou maternidade, este formulário deve ser enviado à delegação local do «Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Instituto Nacional da Previdência Social). Em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, deve ser enviado ao «Istituto nazionale d'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho).

Para os Países Baixos, se a instituição de seguro de doença competente não for conhecida, enviar o formulário ao UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

Na Eslovénia, este formulário deve ser enviado, em caso de prestações pecuniárias por maternidade, ao «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centro de Acção Social Ljubljana Bežigrad – Unidade Central de Protecção Parental e Prestações Familiares) e, em caso de incapacidade de trabalho, à delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia).

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

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

(5) As partes A e B são alternativas; assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente à parte preenchida.

(6) Quanto às pessoas seguradas numa instituição do seguro de doença alemão ou numa instituição austríaca ou belga: caso a instituição de segurança social do lugar de residência não saiba a data exacta de saída do hospital quando este formulário for emitido, há que completar essa informação o mais brevemente possível numa data posterior.

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

(8) Se o formulário for enviado a uma instituição alemã, italiana, húngara ou polaca, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 116 [ ] (1)

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

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

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

A preencher pelo médico da instituição que emite o formulário E 115, ao qual será anexado, e enviado em envelope fechado no caso de doença ou de maternidade (2).

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Instituição competente destinatária

1.1 Designação: .....

1.2 Número de identificação da instituição: .....

1.3 Endereço: .....

.....

1.4 Referência: nosso formulário E 116 de ..... (data)

2. Anexo ao formulário E 115 de ..... (data)

3. O interessado

3.1 Apelido(s) (3): .....

.....

3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]:

.....

3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

3.4 Endereço no país de residência ou de estada: .....

.....

3.5 Número de identificação pessoal:

.....

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

4.1 considero que se trata

4.2 que se trata provavelmente

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

☐ de acidente de trabalho ☐ de doença profissional ☐ de acidente

4.3 ☐ de recaída ou agravamento

▼M11

E 116

A. Relatório geral

5. A preencher em todos os casos

5.1 História pregressa e sintomas actuais: .....

.....

.....

5.2 Exame clínico: .....

.....

.....

5.3 Outras observações: .....

.....

.....

5.4 Exames de especialidade ([4]): .....

.....

.....

5.5 Diagnóstico: .....

.....

.....

5.6 Conclusões: .....

.....

.....

5.7 ☐ O interessado não está incapaz de trabalhar

5.8 ☐ O interessado está incapaz de trabalhar

de ..... a .....

5.9 ☐ O interessado está parcialmente incapaz de trabalhar

(incapacidade de ..... %) de ..... a ..... ([5])

5.10 ☐ O interessado será submetido a um novo exame médico em .....

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

B. Relatórios em caso de acidente de trabalho

6. Primeiro relatório médico

6.1 Este acidente provocou as seguintes lesões ([6]): .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

6.4 A vítima é assistida

☐ em casa ☐ no consultório do médico

☐ no hospital ☐ noutro local

Endereço ([8]):

.....

.....

▼M11

E 116

7. Último relatório médico

7.1 O tratamento terminou em: .....

7.2 As lesões estabilizaram-se em: .....

7.3 ☐ com recuperação total

7.4 ☐ e terão provavelmente as consequências seguintes:

.....

.....

.....

7.5 Descrição pormenorizada do estado da vítima depois da cura ou no termo do tratamento médico:

.....

.....

.....

.....

8. Instituição do lugar de residência ou de estada:

8.1 Designação: .....

8.2 Número da instituição competente: .....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça. Indicar o tipo de exame e a data.

(2) O formulário E 116 não é necessário para requerimento de prestações de maternidade a cargo da Bélgica. Para a Bélgica, o presente formulário deve sempre ser enviado em primeiro lugar à instituição belga competente em matéria de seguro de doença. Na República Checa, no Liechtenstein, na Finlândia, na Noruega e na Suécia, o formulário é preenchido pelo médico assistente do interessado e verificado pela instituição de seguro.

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

(5) Para uso das instituições norueguesas.

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

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

(8) Se a vítima receber tratamento hospitalar, indicar a designação do estabelecimento hospitalar.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 117 ☐ (1)

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

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

A instituição competente preenche o presente formulário e envia-o à instituição do lugar de residência ou de estada. A instituição competente informa também o trabalhador se as prestações pecuniárias são pagas pela instituição do lugar de residência.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 2 páginas.

1. Instituição do lugar de residência ou de estada

1.1 Designação: .....

1.2 Número de identificação da instituição: .....

1.3 Endereço: .....

.....

2. Referência: vosso formulário E 115 de ..... (data)

3. ☐ Trabalhador assalariado ☐ Trabalhador não assalariado ☐ Trabalhador desempregado

3.1 Apelido(s) (2): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

3.3 Endereço no país de residência ou de estada: .....

.....

3.4 Número de identificação pessoal:

.....

4. A pessoa referida no quadro 3

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

4.2 ☐ não tem direito a prestações pecuniárias
Motivo: ver o formulário E 118 anexo.

4.3 ☐ deixou de ter direito às prestações pecuniárias, a partir de ..... (data)
Motivo: ver o formulário E 118 anexo.

5. Estas prestações serão concedidas (3)

5.1 ☐ por nós

5.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta (4)

5.3 ☐ pela entidade patronal (5)
de .....a ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 O subsídio deve ser pago por todos os dias da semana, salvo
☐ Segunda-feira ☐ Terça-feira ☐ Quarta-feira
☐ Quinta-feira ☐ Sexta-feira ☐ Sábado ☐ Domingo

6.2 O montante diário líquido deste subsídio é de
..... (9), se o segurado não estiver hospitalizado.
..... (9), em caso de hospitalização.

6.3 ☐ Quando o subsídio for devido por um mês completo serão considerados 30 dias, quer o mês tenha ou não 30 dias.

▼**M11**

E 117

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

7.1 ☐ de exame ([10]): .....

7.2 ☐ de controlo administrativo: .....

7.3 ☐ de nova inspecção médica a efectuar por volta de .....(data)

8. Instituição competente

8.1 Designação: .....

8.2 Número de identificação da instituição: .....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

NOTAS

([1]) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

([2]) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

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

([4]) A instituição competente pode indicar aqui o método de pagamento.

([5]) Quando este formulário for enviado a uma instituição francesa, polaca, italiana ou húngara, é desnecessário assinalar esta quadrícula.

([6]) A preencher pelas instituições dinamarquesas, alemãs, luxemburguesas, polacas, húngaras ou eslovacas.

([7]) A preencher pelas instituições alemãs, luxemburguesas, polacas, eslovacas e espanholas.

([8]) A preencher somente no caso indicado no ponto 5.2.

([9]) Indicar o montante na moeda nacional.

([10]) Indicar o tipo de exame médico pedido (radiografia, análise de..., etc.).

▼M11

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 118 [ ] (1)

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

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

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

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas.
É composto de 2 páginas e de um anexo de 3 páginas.

1. Beneficiário

1.1 Apelido(s): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

1.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

1.3 Endereço no país de residência ou de estada: .....

1.4 Número de identificação pessoal: .....

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

2.1 Designação: .....

2.2 Número de identificação da instituição: .....

2.3 Endereço: .....

3. ☐ Dos factos que foram trazidos ao nosso conhecimento: .....

☐ Da inspecção efectuada pelo nosso médico, em ..... (data)

conclui-se que

3.1 ☐ a sua incapacidade de trabalho é apenas parcial

3.2 ☐ tem direito a uma indemnização parcial no montante de ..... (2)
a partir de ..... (data)

3.3 ☐ não está incapaz de trabalhar

3.4 ☐ a sua incapacidade de trabalho terminou a ..... (3)

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

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

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

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

4.1 Designação: .....

4.2 Código de identificação da instituição: .....

4.3 Endereço: .....

4.4 Carimbo

4.5 Data: .....

4.6 Assinatura: .....

(1)

▼M11

E 118

Indicações destinadas ao trabalhador assalariado, ao trabalhador não assalariado ou ao desempregado

Se não concordar com a decisão que lhe é notificada através deste documento, pode interpor recurso. As vias e os prazos de recurso são indicados no anexo. Para as vias e os prazos de recurso, deve seguir as instruções dadas relativamente ao Estado competente.

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

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

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

▼M11

E 118 Anexo

VIAS E PRAZOS DE RECURSO

Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 18.º 4; artigo 61.º 4

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

Por tribunal de trabalho competente, entende-se:

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

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

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

2. República Checa
Caso não concorde com a notificação anexa, tem o direito de interpor recurso junto da instituição competente checa indicada no ponto 2 ou 4 do formulário no prazo de três dias após recepção da notificação. A decisão indicará os prazos e vias de recurso.

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

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

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

5. Estónia
Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias, interpor recurso junto da «Eesti Haigekassa», Lembitu 10, Tallin 10114.

6. Grécia
Caso não concorde com a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias a contar da data da recepção da respectiva notificação, interpor recurso junto de:

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

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

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

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

Designação: .....

Endereço:
.....
.....

9. Irlanda
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso junto do «Social Welfare Appeals Office», D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Esse recurso deve ser interposto no prazo de 21 dias a contar da data da recepção da decisão.

▼M11

E 118 Anexo

10. Itália

Decisões do INPS (doença e maternidade)

O segurado que queira contestar uma decisão do INPS pode apresentar um recurso administrativo à comissão provincial competente no prazo de 90 dias a contar da data de recepção da decisão em causa.

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

Decisões do INAIL (acidentes de trabalho e doenças profissionais)

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

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

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

11. Chipre

Se não estiver de acordo com a decisão em anexo poderá, no prazo de 15 dias a contar da notificação da decisão, apresentar um recurso ao ministro do Trabalho e da Segurança Social. Se não estiver satisfeito com a decisão do ministro poderá recorrer para o Supremo Tribunal no prazo de 75 dias a contar da data da notificação da decisão do ministro.

12. Letónia

Caso não concorde com a decisão anexa, pode, no prazo de um mês a contar da data da recepção da decisão anexa, interpor recurso junto de:

Designação: .....

Endereço:

.....

.....

13. Lituânia

Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto da Comissão do Contencioso Administrativo no prazo de um mês a contar da data de recepção da notificação desta decisão.

14. **Luxemburgo**

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

15. Hungria

Caso não concorde com a comunicação anexa, tem o direito de solicitar uma decisão à instituição húngara competente (mencionada no quadro 2 ou no quadro 4 do formulário E 118). Pode recorrer da decisão da instituição competente no prazo de 15 dias a contar da data de recepção da notificação da decisão.

16. Malta

Se desejar contestar a decisão anexa, pode, no prazo de 30 dias a contar da data da decisão, interpor recurso junto do «Department of Social Security», Valletta.

17. Países Baixos

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

18. Áustria

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

19. Polónia

Se não concordar com a decisão anexa, tem o direito de requerer uma decisão aos serviços de «Zaklad Ubezpieczen Spolecznych — ZUS» (Instituto de Segurança Social) com jurisdição sobre a sede da entidade patronal e, caso seja agricultor, aos serviços regionais de «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego — KRUS» (Fundo de Seguro Social Agrícola). Este serviço tomará a decisão sobre o seu direito às prestações e informá-lo-á das eventuais possibilidades de recorrer da decisão.

20. Portugal

Se não estiver de acordo com a decisão anexa, pode

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

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

▼M11

E 118 Anexo

21. Eslovénia
Se não concordar com a decisão, pode intentar uma acção no Tribunal Social e do Trabalho, em Ljubljana (Komenskega 7), no prazo de 30 dias após a notificação da decisão.

22. Eslováquia
Se não concordar com a informação indicada e se o seu caso não tiver sido objecto de nenhuma decisão, pode solicitar à delegação competente da Agência de Seguro Social uma tal decisão. No prazo de 15 dias após a data da decisão da delegação local, pode dela recorrer para os serviços centrais da Agência de Seguro Social. A decisão dos serviços centrais da Agência de Seguro Social sobre as prestações é definitiva; não obstante, no prazo de dois meses a contar da data da decisão, pode interpor recurso no tribunal regional competente.

Em assuntos diferentes das prestações, pode recorrer, no prazo de 30 dias a contar da data da decisão dos serviços centrais da Agência de Seguro Social, para o tribunal regional competente. O endereço dos serviços centrais da Agência de Seguro Social é: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

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

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

25. Reino Unido
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso no prazo de 28 dias a contar da data da recepção da notificação junto do «Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, Newcastle -upon-Tyne, ou «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso.

26. Islândia
Se desejar contestar a decisão anexa, pode interpor recurso junto da Comissão da Segurança Social do Estado, em Reiquejavique.

27. Liechtenstein

a) Relativamente ao seguro de doença: se não concordar com uma decisão de uma instituição de seguro de doença, pode pedir uma notificação formal da qual conste a fundamentação e as informações relativas às vias de recurso possíveis.
No prazo de 60 dias a contar da recepção dessa notificação formal, o interessado pode interpor recurso para o tribunal competente.

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

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

29. Suíça
Caso não concorde com a decisão anexa, pode interpor recurso junto da instituição no prazo de 30 dias a contar da data da recepção da decisão. A decisão sobre o recurso deverá especificar as vias e os prazos de recurso.

▼M10

COMISSÃO ADMINISTRATIVA
PARA A SEGURANÇA SOCIAL
DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 119 ☐ (1)

ATESTADO RELATIVO AO DIREITO DOS TRABALHADORES EM SITUAÇÃO DE DESEMPREGO E MEMBROS DA SUA FAMÍLIA ÀS PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS

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

Informações relativas ao beneficiário

1. Apelido(s): ☐☐

2. Nomes próprios: ☐☐

3. Data de nascimento: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

4. Número de identificação pessoal (2): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Endereço no país em que procura trabalho: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Informações relativas à instituição do lugar de residência ou do lugar de estada (3)

6. Nome da instituição: ☐☐

7. Número de identificação da instituição: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Endereço: ☐☐

9. Vosso formulário ☐ E 107 de ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ E 115 de ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. O interessado acima referido tem direito às prestações pecuniárias

10.1 ☐ para si próprio

10.2 ☐ para os membros da sua família

▼**M10**

11. Em caso de incapacidade para o trabalho, as prestações pecuniárias podem ser concedidas

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

11.2 ☐ para os casos de doença ocorridos até ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ inclusive,

durante ☐☐ dias ☐☐ semanas

12. Estas prestações pecuniárias serão concedidas

12.1 ☐ por nós

12.2 ☐ pela vossa instituição, por nossa conta

13. O subsídio deverá ser concedido

13.1 ☐ pelos mesmos dias da semana que os previstos para o seguro de desemprego

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

14. O montante diário líquido do subsídio ([4])

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

14.2 ☐ é de .... se o segurado não estiver hospitalizado

é de .... em caso de hospitalização

Informações relativas à instituição competente

15. Nome da instituição: ☐☐☐

16. Número de identificação da instituição: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Endereço: ☐☐☐

18. Carimbo:

19. Data: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

20. Assinatura:

▼M10

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido com caracteres de imprensa

Indicações para o trabalhador em situação de desemprego:

Para obter as prestações pecuniárias em caso de incapacidade para o trabalho ou de hospitalização, deve apresentar (salvo se estiver nos Países Baixos) os formulários acima referidos bem como um atestado de incapacidade para o trabalho passado pelo seu médico assistente na instituição seguinte:

na **Bélgica**, a mutualidade escolhida,
na **Alemanha**, a caixa de doença escolhida,
na **Grécia**, em regra geral, a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA),
em **Espanha**, a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de estada ou de residência,
em **França**, a «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença),
na **Irlanda,** o «Department of Social and Family Affairs» (Departamento para os Assuntos Sociais e da Família),
na **Itália**, a «Azienda sanitaria locale» (ASL),
no **Luxemburgo**, a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários),
na **Áustria**, a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência ou de estada,
na **Finlândia**, o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social),
na **Islândia**, o «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquiavique,
no **Liechtenstein**, o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz,
na **Noruega**, o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de residência ou de estada,
na **Suécia**, o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social) do lugar de residência ou estada,
na **Dinamarca**, a «Kommunekantoret pa opholddsstded» (a administração comunal do lugar de estada),
nos **Países Baixos**, deve declarar a sua incapacidade para o trabalho na «Uitvoering wernemersverzekeringen» (UWV),
em **Portugal**, para o **Continente:** o «Instituto de Solidariedade e Segurança Social – Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» do lugar de residência ou de estada; para a **Madeira:** «o Centro de Segurança Social da Madeira», no Funchal; para os **Açores:** o centro de prestações pecuniárias do local de estada,
no **Reino Unido**, no «Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park», ou, na Irlanda do Norte, o «Department for Social Development, Overseas Benefits Unit, Block 2, Castle Buildings, Belfast» (Departamento para o Trabalho e Pensões – Serviço de Pensões – Centro Internacional de Pensões, Tyneview Park ou no Departamento para o Desenvolvimento Social – Unidade para as Prestações Internacionais, Block 2, Castle Buildings em Belfast, conforme o caso),
na **Suíça,** a «Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG» (instituição comum no âmbito da Lei do seguro de doença), em Solothurn,
na **República Checa**, a «územní organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení» (agência regional de saúde) localmente competente,
na **Letónia**, a «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agência de Segurança Social do Estado),
na **Lituânia**, o «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai» (Delegações Regionais do Fundo Nacional de Segurança Social),
na **Eslováquia,** a «Sociálna poisťovňa» (Agência de Seguro Social), Bratislava,
na **Estónia**, a «Eesti Haigekassa» (Caixa de Seguro de Saúde da Estónia),
em **Malta,** o «Department of Social Security» (Departamento de Segurança Social), Valeta,
na **Polónia**, o «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP), (agência regional de saúde) localmente competente,
na **Hungria,** o «Merfyei Egészségbiztosítási Pénztár» (agência regional de saúde) localmente competente,
na **Eslovénia**, a unidade regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto de Seguro de Saúde da Eslovénia) do lugar de residência ou de estada,
em **Chipre,** o «Ministry of Health» (Ministério da Saúde).

▼**M10**

NOTAS

(1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; LU = Luxemburgo; FI = Finlândia; SE = Suécia; IT = Itália; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PT = Portugal; UK = Reino Unido; NO = Noruega; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; CZ = República Checa; CY = Chipre; EE = Estónia; LV = Letónia; LT = Lituânia; HU = Hungria; MT = Malta; PL = Polónia; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; CH = Suíça.

(2) Se o membro da família não dispuser de um número de identificação pessoal, mencionar o número de identificação da pessoa da qual derivam os direitos do membro da família.

(3) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência ou de estada.

(4) Preencher este quadro somente quando as prestações pecuniárias devam ser pagas pela instituição do lugar de residência ou de estada.

▼M11

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 120 [ ] (1)

ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE PARA OS REQUERENTES DE PENSÕES OU DE RENDAS E PARA OS MEMBROS DA SUA FAMÍLIA

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 26.º 1
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 28.º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e entrega dois exemplares ao interessado que os deve apresentar na instituição do seu lugar de residência. Ao receber os dois exemplares, a instituição do lugar de residência preenche a parte B e envia um exemplar à instituição mencionada no quadro 6. Se for o caso, os dois exemplares são enviados primeiro à instituição que deve preencher os quadros 5 e 6.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

A. Notificação do direito

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
1.4 Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. Requerente de pensão ou de renda

2.1 Apelido(s) (3) : ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
2.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
2.3 Endereço no país de residência: .....
.....
2.4 Número de identificação pessoal:
.....

3. A preencher pela instituição à qual o pedido de pensão ou de renda tiver sido apresentado

3.1 O interessado acima indicado apresentou em (data) .....
um requerimento de pensão ou de renda por
☐ velhice ☐ invalidez ☐ sobrevivência
☐ acidente de trabalho ☐ doença profissional
3.2 ☐ Conclui-se do exame deste pedido que o interessado é susceptível de obter uma pensão a nosso cargo.

4. Instituição que preencheu o quadro 3

4.1 Designação: .....
4.2 Número de identificação da instituição: .....
4.3 Endereço: .....
.....
4.4 Carimbo
4.5 Data: .....
4.6 Assinatura:
.....

▼**M11**

E 120

5. A preencher pela instituição à qual foi apresentado o requerimento de pensão ou de renda ou pela instituição de seguro de doença e maternidade do país onde este requerimento foi apresentado

5.1 Número de identificação da instituição de instrução: .....

5.2 O interessado indicado no quadro 2 e os membros da sua família têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e de maternidade

5.3 ☐ a partir de (data) ..... e até à anulação do presente atestado

5.4 ☐ por um ano a contar de ..... (data)

6. Instituição que preencheu o quadro 5

6.1 Designação: .....

6.2 Número de identificação da instituição: .....

6.3 Endereço: .....

.....

6.4 Carimbo

6.5 Data: .....

6.6 Assinatura:

.....

B. Notificação da inscrição ou da não-inscrição

7. ☐ (4)

7.1 O interessado mencionado no quadro 2 e os membros da sua família não puderam ser inscritos dado que

.....

.....

8. ☐ (4)

8.1 O interessado mencionado no quadro 2 e os membros da sua família foram inscritos em

.....(data)

9. Membros da família inscritos

	9.1 Apelido(s)(3)	Nome(s) próprio(s)	Sexo F	Sexo M	Data de nascimento	Número de identificação pessoal
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10. Instituição do lugar de residência

10.1 Designação: .....

10.2 Número de identificação da instituição: .....

10.3 Endereço: .....

.....

10.4 Carimbo

10.5 Data: .....

10.6 Assinatura:

.....

(2)

▼M11

E 120

Indicações para o segurado

a) *O presente atestado dá-lhe, a si e aos membros da sua família, o direito de beneficiar das prestações em espécie em caso de doença ou de maternidade no país de residência.*

b) *Deve, logo que possível, apresentar os dois exemplares do presente atestado, que tem em seu poder, a uma das instituições de seguro a seguir mencionadas:*

na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*

na **República Checa,** *a «Zdravotní pojišťovna», a caixa de seguro de doença do lugar de residência;*

em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde, 1448 Nicósia); mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;*

na **Dinamarca**, *a autoridade municipal do lugar de residência;*

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

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

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

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de seguro de doença da Estónia);*

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

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

na **Itália**, *a «Azienda sanitaria locale» (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região;*

na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*

na **Lituânia**, *a «Teritoriné ligoniu kasa» (Caixa Regional de Seguro de Doença); a assistência dos serviços médicos pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição;*

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

na **Hungria**, *o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente;*

em **Malta**, *o «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), em Valletta;*

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

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

na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência;*

em **Portugal**, *para o* ***Continente****: o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a* ***Madeira****: o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os* ***Açores****: o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;*

na **Eslovénia**, *a delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) do lugar de residência;*

na **Eslováquia**, *a «*zdravotná poisťovňa*» (companhia de seguros de saúde) escolhida pela pessoa segurada;*

na **Finlândia**, *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social);*

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

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

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

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

na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

c) *Deve informar a instituição de seguro onde entregou o formulário de qualquer mudança de situação que possa modificar o direito às prestações em espécie (por exemplo, concessão da pensão ou da renda requerida, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um membro da família, etc.).*

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência. Se o requerente de pensão residir no Reino Unido, os dois exemplares do formulário devem ser enviados directamente ao «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões), «Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, em Newcastle-upon-Tyne.

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(4) Preencher o quadro 7 ou 8, conforme o caso, e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 121 [ ] (1)

ATESTADO PARA A INSCRIÇÃO DOS TITULARES DE PENSÃO OU DE RENDA E DOS MEMBROS DA SUA FAMÍLIA E ACTUALIZAÇÃO DOS INVENTÁRIOS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 28.º 1.a; artigo 29.º 1.a
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 29.º 1, 2, e 3; artigo 30.º 1; e artigo 95.º 4

A instituição que deve emitir o atestado nos termos do n.º 2 do artigo 29.º ou do n.º 1 do artigo 30.º do Regulamento (CEE) n.º 574/72 preenche a parte A do formulário e entrega dois exemplares do mesmo ao titular de pensão ou de renda, ou ao membro da sua família, ou envia-os à instituição do lugar de residência se o formulário tiver sido pedido por esta. Se for o caso, os dois exemplares são enviados primeiro à instituição que deve preencher os quadros 6 e 7. Ao receber os dois exemplares, a instituição do lugar de residência preenche a parte B e envia um exemplar por pensionista ou membro da família à instituição indicada no quadro 7.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas.

A. Notificação do direito

1. Instituição do lugar de residência (2)

1.1 Designação: .....

1.2 Número de identificação da instituição: .....

1.3 Endereço: .....

.....

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

2. Titular de pensão ou de renda

2.1 Apelido(s)(3): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

2.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

2.3 Endereço no país de residência: .....

.....

2.4 Data da transferência de residência: .....

2.5 Número de identificação pessoal .....

2.6 O titular de pensão ou de renda era

☐ um trabalhador assalariado

☐ um trabalhador não assalariado

☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)

☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)

☐ um trabalhador desempregado

3. A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda

3.1 A pessoa acima indicada é titular de uma pensão ou de uma renda por

☐ velhice ☐ invalidez ☐ sobrevivência

☐ acidente de trabalho ☐ doença profissional

3.2 desde .....

4. Instituição que preencheu o quadro 3 (4)

4.1 Designação: .....

4.2 Número de identificação da instituição: .....

4.3 Endereço: .....

.....

4.4 Carimbo 4.5 Data: .....

4.6 Assinatura:

.....

▼**M11**

E 121

5. Membro da família do titular da pensão ou da renda

5.1 Apelido(s) [3]: ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)] [3]: .....

5.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

5.3 Endereço no país de residência: .....

.....

5.4 Número de identificação pessoal: .....

5.5 Data da transferência de residência: .....

.....

6. A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda ou pela instituição de seguro de doença e maternidade do país devedor da pensão ou da renda [5]

6.1 Número de identificação da instituição de instrução: .....

6.2 ☐ A pessoa indicada no quadro 2

☐ A pessoa indicada no quadro 5

tem direito às prestações em espécie do seguro de doença e de maternidade a partir de .....

6.3 O custo das prestações a conceder no país de residência, que não seja o país competente, é a nosso cargo

6.4 ☐ a partir de (data)..... e até à anulação do atestado

6.5 ☐ por um ano a contar de ..... [6]

6.6 ☐ O presente atestado põe termo à validade do formulário E ..... datado de .....

7. ☐ Por favor, devolver o Cartão Europeu de Seguro de Doença, válido até ..... , da pessoa mencionada no quadro 2 ou no quadro 5.

8. Instituição que preencheu o quadro 6 [4]

8.1 Designação: .....

8.2 Número de identificação da instituição: .....

8.3 Endereço: .....

.....

8.4 Carimbo

8.5 Data: .....

8.6 Assinatura:

.....

B. Notificação da inscrição ou da não-inscrição

9. ☐ [7]

9.1 ☐ A pessoa indicada no quadro 2

☐ A pessoa indicada no quadro 5

não pôde ser inscrita

9.2 ☐ porque o interessado já tem direito às prestações em espécie ao abrigo da legislação do nosso país

9.3 ☐ Outros motivos .....

.....

.....

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ A pessoa indicada no quadro 2

☐ A pessoa indicada no quadro 5

foi inscrita

10.2 ☐ O custo destas prestações é a vosso cargo; a data a considerar como ponto de partida para o cálculo do montante fixo referido no artigo 95.º do Regulamento (CEE) n.º 574/72 é .....

11. Cartão Europeu de Seguro de Doença

11.1 ☐ Conforme solicitado no quadro 7, juntamos o Cartão Europeu de Seguro de Doença com o n.º .....

11.2 ☐ Queiram indicar, por favor, as medidas a aplicar relativamente ao Cartão Europeu de Seguro de Doença n.º ..... e válido até ....., emitido a favor da pessoa referida no quadro 2 ou no quadro 5.

12. Instituição do lugar de residência do titular da pensão ou da renda, ou do membro da família

12.1 Designação: .....

12.2 Número de identificação da instituição: .....

12.3 Endereço: .....

.....

12.4 Carimbo

12.5 Data: .....

12.6 Assinatura:

.....

Indicações para o titular da pensão ou da renda, ou para o membro da sua família

Deve entregar o mais brevemente possível os dois exemplares do presente formulário à instituição de seguro seguinte:

na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*

na **República Checa,** *a «Zdravotní pojišťovna», a caixa de seguro de doença do lugar de residência;*

em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde, 1448 Nicósia); mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;*

na **Dinamarca**, *a autoridade municipal do lugar de residência;*

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

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

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

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de Seguro de Doença da Estónia);*

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

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

na **Itália**, *a «Azienda sanitaria locale» (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região;*

na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*

na **Lituânia**, *a «Teritoriné ligoniu kasa» (Caixa Regional de Seguro de Doença);*

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

na **Hungria**, *o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente;*

em **Malta**, *a «Entitlement Unit» (Unidade de direitos), «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), 23, St. John Street, Valletta;*

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

na **Áustria**, *a «Gebietskrankenkasse» (caixa regional do seguro de doença) competente para o lugar de residência;*

na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência;*

em **Portugal**, *para o* ***Continente****: o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a* ***Madeira****: o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os* ***Açores****: o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;*

na **Eslovénia**, *a delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) do lugar de residência;*

na **Eslováquia**, *a «zdravotná poisťovňa» (companhia de seguros de saúde) escolhida pela pessoa segurada;*

na **Finlândia**, *o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social);*

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

▼**M11**

E 121

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

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

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

na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência. Se o titular da pensão ou da renda ou o membro da família residir no Reino Unido, os dois exemplares do formulário devem ser enviados directamente ao «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões), «Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, em Newcastle-upon-Tyne.

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(4) Em França (para os trabalhadores não assalariados) e Hungria, este quadro é preenchido pela instituição de seguro de doença e de maternidade.

(5) Na Itália, os quadros 6 e 7 devem ser preenchidos pela ASL ou pelo Ministério da Saúde.

(6) Nos casos em que o formulário emitido por uma instituição alemã, francesa, húngara, italiana ou portuguesa diz respeito a um membro da família.

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

———

▼**M3**

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 123 [ ] (1)

ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO CONTRA ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 52.º a; artigo 55.º 1.a.i; b.i. e c.i
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 60.º 1; artigo 62.º 4 e 6; artigo 63.º 1 e 3

Quando o formulário tiver sido pedido pela instituição do lugar de residência ou de estada do interessado mediante um formulário E 107, deve ser enviado à referida instituição; nos outros casos, deve ser entregue ao trabalhador.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

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

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
1.4 Referência: vosso formulário E 107 de .....

2. Segurado

2.1 Apelido(s) (3): .....
2.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
2.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
2.4 Número de identificação pessoal: .....
2.5 O segurado é
☐ um trabalhador assalariado
☐ um trabalhador não assalariado
☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ um trabalhador desempregado

3. Em virtude de

3.1 ☐ elementos indicados no vosso formulário E 107 de .....
3.2 ☐ o acidente de trabalho ocorrido em .....
e que teve as seguintes consequências:
.....
.....
.....
3.3 ☐ a doença profissional verificada em .....
e que teve as seguintes consequências:
.....
3.4 ☐ a autorização que concedemos ao interessado para conservar o direito às prestações em espécie em ..... (país) para onde se desloca
☐ para aí fixar a sua residência ☐ para aí receber cuidados médicos

▼**M11**

E 123

4.	O trabalhador acima mencionado pode beneficiar das prestações em espécie	
	☐ por acidente de trabalho	☐ por doença profissional
4.1	☐ durante o período previsto pelas disposições da legislação do país de residência	
4.2	☐ desde	☐ até .....
4.3	☐ durante três meses, no máximo	
4.4	☐ sem limitação de tempo	

5.	O relatório do nosso médico inspector	
5.1	☐ encontra-se em anexo, em envelope fechado	
5.2	☐ foi enviado em (data) ..... à [4]	
	.....	
5.3	☐ pode ser-nos solicitado	
5.4	☐ não foi efectuado	

6.	Instituição competente		
6.1	Designação:		
6.2	Número de identificação da instituição:		
6.3	Endereço:		
	.....		
6.4	Carimbo	6.5	Data: .....
		6.6	Assinatura:
			.....

Indicações para o segurado

Deve apresentar, o mais breve possível, este atestado à instituição de seguro do país para onde se tiver deslocado, ou seja:

Na **Bélgica**,

a) *em caso de prestações em espécie concedidas por doença ou acidente da vida privada, a «mutualité» (mutualidade) escolhida;*

b) *em caso de prestações em espécie concedidas por uma doença profissional, «le Fonds des maladies professionnelles», em 1210 Bruxelas;*

na **República Checa,** *a «Zdravotní pojišťovna», a Caixa de Seguro de Doença competente;*

em **Chipre**, *o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde, 1448 Nicósia); mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;*

na **Dinamarca,** *a assistência do médico ou dentista pode ser obtida contactando um médico de clínica geral ou dentista do serviço de saúde público. Se tiver necessidade de um tratamento hospitalar de emergência, pode dirigir-se directamente a um hospital público;*

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

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

em **Espanha**, *os serviços médicos ou hospitalares do sistema de saúde da segurança social. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;*

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de Seguro de Doença da Estónia);*

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

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

em **Itália**,

a) *para as prestações em espécie, a «ASL» (unidade local da administração de saúde) competente conforme a região; para os marítimos e o pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della Sanità Ufficio di sanità marittima o aérea» (Ministério da Saúde Departamento de saúde da Marinha ou da Aviação Civil) competente conforme a região;*

b) *para próteses, grande aparelhagem, prestações médico-legais, exames e atestados médicos, a sede provincial do «Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (Instituto Nacional de Seguro contra os Acidentes de Trabalho) (INAIL);*

▼M11

E 123

na **Letónia**, *a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);*

na **Lituânia**, *a «Teritoriné ligoniu kasa» (Caixa Regional de Seguro de Doença); a assistência dos serviços médicos pode ser obtida sem contacto prévio com esta instituição;*

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

na **Hungria**, *o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente;*

em **Malta**, *a «Entitlement Unit» (Unidade de direitos), «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), 23, St. John Street, Valletta, CMRO2;*

nos **Países Baixos**, *uma caixa de doença competente para o lugar de residência; ou, em caso de estada temporária, o «Agis zorgverzekeringel» (Associação geral mutualista de seguro de doença), em Utreque; a assistência de médico, dentista ou farmacêutico pode ser obtida sem contacto prévio com a «Agis zorgverzekeringen»;*

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

na **Polónia**, *o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de estada;*

em **Portugal**, *o Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais, em Lisboa;*

na **Eslovénia**, *a delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) do lugar de residência ou de estada;*

na **Eslováquia**, *a «zdravotná poisťovňa» (companhia de seguros de saúde) escolhida pela pessoa segurada;*

na **Finlândia**, *o «Tapaturmavakuutuslaitosten liito» (Federação das Instituições de Seguro de Acidentes);*

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

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

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

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

na **Noruega**, *o «lokale trygdekontor» (Serviço de seguro local); a assistência pode ser pedida sem contacto prévio com esta instituição;*

na **Suíça**, *a «Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortúnio» (Caixa nacional suíça de seguro de acidentes), em Lucerna; a assistência dos serviços médicos (hospital, médico, farmacêutico) pode ser obtida sem contacto prévio com esta instituição.*

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência ou de estada do segurado. Se o segurado se deslocar ao Reino Unido, deverá igualmente ser remetido um exemplar deste formulário ao «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões), «Pension Service» (Serviço de Pensões), «International Pension Centre» (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, em Newcastle-upon-Tyne.

(3) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(4) Designação e endereço da instituição à qual o relatório médico tiver sido enviado.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 124 [ ] (1)

REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO POR MORTE

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 65.º
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 78.º

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. O abaixo assinado

1.1 Apelido(s) (2): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

1.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

1.3 Número de identificação pessoal: .....

1.4 Instituição em que está segurado (3) (4): .....

.....

1.5 Parentesco com a pessoa falecida: .....

1.6 Endereço: .....

.....

.....

2. Solicita (5) a concessão de um subsídio por motivo da morte de:

3.

3.1 Apelido(s): ..... Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

3.3 Número de identificação pessoal: .....

3.4 Data da morte: .....

3.5 Causa da morte:

☐ doença ☐ acidente ☐ acidente de trabalho

☐ doença profissional ☐ acção de terceiros ☐ outra causa

3.6 Instituição em que a pessoa falecida estava segurada (3) (4): .....

.....

4. O requerente ☐ estava ☐ não estava a cargo da pessoa falecida

5. A pessoa falecida ☐ estava ☐ não estava a cargo do requerente do subsídio

6. A pessoa falecida ☐ estava ☐ não estava internada mediante pagamento

☐ pelo requerente do subsídio

☐ em estabelecimento do qual o requerente do subsídio é director, elemento do pessoal ou utente (6)

7. O requerente ☐ é ☐ não é proprietário de agência funerária, representante ou mandatário do proprietário (6) (7)

O requerente ☐ é ☐ não é uma pessoa colectiva de direito privado que, com base num contrato de seguro, suportou algumas ou todas as despesas (6)

8. As despesas de funeral elevam-se a (8) ..... e foram pagas por .....

9. Em anexo, encontram-se os seguintes documentos: .....

.....

.....

.....

▼**M11**

E 124

10. Queiram pagar a quantia devida na minha conta n.º IBAN.....
junto do ..... (código BIC / SWIFT) .....
em ..... ([9])

11. Data: .....

11.1 Assinatura:
.....

Instruções para o requerente

a) *Para beneficiar do subsídio de morte, deve apresentar um requerimento mediante o presente formulário:*
– *quer à instituição de seguro competente,*
– *quer à instituição de seguro do local onde vive, ou seja:*
na **Bélgica**, *a «mutualité» (mutualidade);*
na **República Checa,** *a «Úřad práce» (serviço de emprego) do lugar de residência ou de estada;*
na **Dinamarca**, *o Ministério do Interior e da Saúde, Copenhaga;*
na **Grécia**, *a delegação local do Instituto de Seguros Sociais (IKA);*
em **Espanha**, *a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de residência;*
em **França**, *a instituição que concede ou devia conceder as prestações em espécie do seguro de doença;*
na **Irlanda**, *o «Department of Social Welfare» (Ministério da Previdência Social), em Dublim;*
na **Itália**, *a sede provincial do INAIL;*
na **Letónia**, a *«Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agência Nacional de Seguro Social)*;
na **Lituânia**, *o «Savivaldybės socialinės paramos skyrius» (Serviço Municipal de Assistência Social) do lugar de estada ou residência;*
no **Luxemburgo**, *a «Union des caisses de maladie» (União das Caixas de Doença);*
na **Áustria**, *a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;*
na **Polónia**, *a «Zaklad Ubezpieczin Spolecznych – ZUS» (Instituição de Segurança Social), competente para o lugar de residência ou de estada; ou para trabalhadores agrícolas, os serviços regionais competentes da «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego – KRUS» (Fundo de Seguro Social Agrícola), o «Zaklad Emerytalno – Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji» (Serviço de Pensões do Ministério dos Assuntos Internos e da Administração – organismo de ligação para regimes especiais);*
em **Portugal**, *para o* ***Continente****: o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a* ***Madeira****: o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os* ***Açores****: o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;*
na **Eslovénia**, *a delegação regional competente do «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia) do lugar de residência ou de estada;*
na **Eslováquia**, *a «Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Administração do Trabalho, dos Assuntos Sociais e da Família) do lugar de residência ou de estada da pessoa falecida;*
na **Finlândia**, *a «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social), Helsínquia;*
na **Suécia**, *o «försäkringskassan» (Serviço do seguro social) do lugar de residência ou de estada;*
na **Estónia**, *a «Sotsiaalkindlustusamet» (Instituto de Seguros Sociais), Tallin;*
na **Islândia**, *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*
no **Liechtenstein**, *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional);*
na **Noruega**, *o «okale trygdekontor» (Serviço de seguro local) do lugar de residência ou de estada;*
na **Suiça**, *a «Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

b) *Deve juntar ao seu requerimento os seguintes documentos:*

para a **Bélgica**,	*cópia da certidão de óbito, passada pela administração comunal,* *os recibos das despesas de funeral,* *qualquer documento comprovativo do grau de parentesco ou afinidade com a pessoa falecida ou, se for o caso, da coabitação com a mesma;*
para a **Dinamarca**,	*a certidão de óbito,* *por favor leia atentamente as «vejledning om ansøgning for begravelseshælp» (instruções para o requerimento do subsídio por morte) que receberá posteriormente;*
para a **Grécia**,	*a certidão de óbito, o boletim de saúde, os cartões de seguros e, se for caso disso, os recibos das despesas de funeral;*
para a **Espanha**,	*a certidão de óbito,* *o documento comprovativo do grau de parentesco ou os recibos das despesas de funeral se o requerente não tiver qualquer relação de parentesco com o falecido;*
para a **França**,	*em todos os casos, a certidão de óbito do segurado,* *além disso, conforme o caso:* — *se era cônjuge do segurado, a «ficha familiar» do estado civil,* — *se é descendente do falecido [filho(a), neto(a), etc.],* *a «ficha familiar» do estado civil estabelecendo o vínculo de parentesco consigo,* — *se é ascendente (pai, mãe, avô, etc.),* *a «ficha individual» do estado civil da pessoa falecida,* — *se estava a cargo da pessoa falecida de qualquer outra forma,* *uma declaração de honra afirmando que estava completa, efectiva e permanentemente a cargo da pessoa falecida;*

(2)

▼M11

E 124

para a **Irlanda**,	*a certidão de óbito,* *se for o caso, a certidão de casamento,* *o orçamento ou as facturas das despesas de funeral ou o recibo dessas despesas, se tiverem sido pagas por si;*
para a **Itália**,	*a certidão de óbito,* *o documento de inscrição no seguro,* *declaração de situação familiar, se for o caso;*
para a **Letónia**,	*a certidão de óbito;*
para a **Lituânia**,	*a certidão de óbito;*
para o **Luxemburgo**,	*a certidão de óbito;* *os recibos das despesas de funeral,* *se for o caso, certificado da administração comunal, atestando a comunhão de habitação;*
para a **Áustria**,	*a certidão de óbito,* *os recibos das despesas de funeral;*
para a **Polónia**,	*a certidão de óbito, os recibos originais das despesas de funeral, uma declaração do requerente certificando que não foi pago nenhum subsídio semelhante;*
para **Portugal**,	*a certidão de óbito e os recibos relativos às despesas de funeral;*
para a **Eslovénia**,	*para o subsídio de funeral: certidão de óbito ou registo da morte do segurado, o original da factura das despesas de funeral,* *para beneficiar de prestações por morte: certidão de óbito ou registo da morte do segurado,* *em caso de morte de um dos cônjuges: certidão de casamento,* *em caso de morte de um dos pais, o filho deve apresentar uma certidão de nascimento e certificado de inscrição na escola ou universidade (maiores de 18 anos),* *os requerentes não segurados como membros da família da pessoa falecida devem apresentar um documento certificando que a pessoa falecida era obrigada a tê-los a cargo até à sua morte;*
para a **Eslováquia**,	*a certidão de óbito e os recibos relativos às despesas de funeral;*
para a **Estónia**,	*a certidão de óbito,* *se o requerente for proprietário de agência funerária, uma procuração da pessoa que tem direito ao subsídio,* *se o óbito ocorreu em território da Estónia, tem de juntar-se à certidão de óbito um certificado para efeitos do requerimento;*
para a **Finlândia**,	*a certidão de óbito,* *documentos que provem a relação de parentesco com o falecido,* *se o requerente for proprietário de agência funerária, uma procuração da pessoa que tem direito ao subsídio;*
para a **Suécia**,	*a certidão de óbito,* *um atestado sobre a causa da morte;*
para o **Liechtenstein**,	*a certidão de óbito,* *um atestado sobre a causa da morte,* *os recibos das despesas de funeral;*
para a **Noruega**,	*a certidão de óbito.*

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(3) Somente quando se tratar de um trabalhador ou de um titular (ou requerente) de pensão ou de renda.

(4) Indicar a designação e o endereço.

(5) Para uso das instituições portuguesas, preencher a folha intercalar.

(6) A completar quando o subsídio for pedido ao abrigo da legislação belga, se o requerente do subsídio não for o cônjuge, ou parente, ou afim até ao 3.º grau da pessoa falecida.

(7) Se o requerente for proprietário de agência funerária, tem de ser entregue uma procuração da pessoa que tem direito ao subsídio quando o subsídio for requerido nos termos da legislação da Finlândia ou da Estónia.

(8) A indicar na moeda do país de residência do requerente do subsídio.

(9) Não se aplica às instituições irlandesas.

▼**M11**

E 124 intercalar

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA USO DAS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS

1. Cônjuge

1.1 Estado civil

☐ viúvo(a) ☐ casado(a) novamente ☐ divorciado(a)

1.2 À data da morte vivia em comunhão de mesa e habitação e a cargo do(a) falecido(a)?

☐ sim ☐ não

2. Filhos com direito a abono de família

	Apelido(s)	Nome(s) próprio(s)	Parentesco	Data de nascimento	Grau de ensino	Filho deficiente
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

(4)

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 125 ☐ (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DAS DESPESAS EFECTIVAS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 36.º 1 e 2; artigo 63.º 1; artigo 87.º 1
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 93.º 1, 2, 4 e 5; artigo 105.º 1

Preencher separadamente um formulário por beneficiário de cuidados de saúde.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

1. Factura n.º ..... ☐ 1.º semestre ☐ 2.º semestre do exercício de 20 .....

2. Instituição competente destinatária

2.1 Designação: .....

2.2 Número de identificação da instituição: .....

2.3 Endereço: .....

3. Beneficiário dos cuidados de saúde

3.1 Apelido(s) (2): .....

3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....

3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....

.....

3.4 Número de identificação pessoal (3):
(a) atribuído pela instituição competente
.....
(b) atribuído pela instituição credora
.....

3.5 O segurado é

☐ um trabalhador assalariado

☐ um trabalhador não assalariado

☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)

☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)

☐ um trabalhador desempregado

4. O interessado acima mencionado beneficiou das prestações com base no documento seguinte:

4.1 ☐ Cartão Europeu de Seguro de Doença: ..... Data do termo de validade: .....

☐ Atestado que substitui, a título provisório, o Cartão Europeu de Seguro de Doença: .....
datado de: ..... Válido de ..... a .....

☐ Formulário E ..... datado de ..... Válido de ..... a .....

.....

4.2 O interessado acima mencionado foi submetido à inspecção médica solicitada em .....

▼**M11**

E 125

5.	Despesas efectuadas			Montante (4)
5.1	**Por prestações em espécie** concedidas	de	a	.....
	em consequência de (5)	☐ doença	☐ acidente não profissional ☐ acidente ou doença profissional	
5.2	Cuidados médicos	.....		.....
5.3	Cuidados dentários	.....		.....
5.4	Medicamentos	.....		.....
5.5	Hospitalização	de	a	.....
		de	a	.....
5.6	Outras prestações (6)	.....		.....
		.....		.....
5.7	**Total das prestações em espécie**			.....
5.8	**Inspecções médicas** (7)	.....		
	.....			.....
5.9	**Por prestações pecuniárias**	de	a	.....
5.10	**Total das despesas**			
	.....			.....

6.	Instituição credora		
6.1	Designação:		
6.2	Número de identificação da instituição:		
6.3	Endereço:		
	.....		
6.4	Carimbo (8)	6.5	Data: .....
		6.6	Assinatura: .....

7.	Reservado à instituição do país competente

▼M11

E 125

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiça.

(2) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

(3) Se o beneficiário dos cuidados de saúde for membro da família inscrito com base no formulário E 106, indicar o número de identificação pessoal do segurado.

(4) Indicar o montante na moeda nacional.

(5) Se o formulário se destinar a uma instituição suíça.

(6) Indicar a natureza das prestações: cuidados de parto, próteses dentárias, próteses ortopédicas, cura termal, ambulância, meios auxiliares de diagnóstico, etc.

(7) Indicar a natureza dos exames médicos ou das inspecções médicas efectuadas.

(8) Um formulário enviado e assinado electronicamente não necessita de ser carimbado.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 126 [ ] (1)

TARIFAS PARA O REEMBOLSO DAS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigos 22.º 1 a.i; 22.º 3; 22.º a; 31.º a; 34.º a
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 34.º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição à qual competiria conceder as prestações ao interessado no país de estada, quer directamente, quer por intermédio do organismo de ligação. A instituição do lugar de estada, depois de ter preenchido a parte B do formulário, devolve um exemplar à instituição competente.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas.

A. Pedido

1. Instituição destinatária (2)

1.1 Designação: .....
1.2 Número de identificação da instituição: .....
1.3 Endereço: .....
.....
.....

2. ☐ Titular

2.1 Apelido(s) (3): .....
2.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
2.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
.....
2.4 Número de identificação pessoal:
.....
2.5 O segurado é / não é:
☐ um trabalhador assalariado
☐ um trabalhador não assalariado
☐ um trabalhador fronteiriço (assalariado)
☐ um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
☐ um trabalhador desempregado

3. Membro da família do titular que recebeu cuidados de saúde:
3.1 Apelido(s) (3): .....
3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
3.3 Número de identificação pessoal:
.....

4. O interessado acima mencionado
4.1 durante uma estada em ..... (país)
4.2 em ..... (localidade)
4.3 pagou as prestações de que teve necessidade: .....

5. Solicitamos a indicação, nas facturas anexas, relativamente a cada prestação que nas mesmas consta, do montante que lhe poderia ser reembolsado segundo as tabelas aplicadas pela instituição do lugar de estada. Somente para o Luxemburgo, indicar igualmente o montante a suportar pelo interessado.

6. Em anexo, ...facturas.

▼**M11**

E 126

7.	Instituição competente		
7.1	Designação:		
7.2	Número de identificação da instituição:		
7.3	Endereço:		
	.....		
7.4	Carimbo	7.5	Data: .....
		7.6	Assinatura:
			.....

B. Resposta

8. Em anexo, ... facturas com a indicação das tarifas.

9. ☐ Montante a reembolsar ..... ☐ Não há lugar a reembolso

10. Observações: .....
.....
.....
.....

11.	Instituição do lugar de estada		
11.1	Designação:		
11.2	Número de identificação da instituição:		
11.3	Endereço:		
	.....		
11.4	Carimbo	11.5	Data: .....
		11.6	Assinatura:
			.....

NOTAS

(1) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

(2) Se a instituição à qual competiria conceder as prestações em espécie não for conhecida, o formulário pode ser dirigido ao organismo de ligação do país de estada, ou seja:

na **Bélgica**, *o «Institut national d'assurance maladie-invalidité» (INAMI) (Instituto Nacional de Seguro de Doença e Invalidez), em Bruxelas;*

na **República Checa**, *o «CMU» (Centro de Reembolsos Internacionais), em Praga;*

na **Dinamarca**, *o «Indenrigs- og Sundhedsministeriet» (Ministério do Interior e da Saúde), em Copenhaga;*

na **Alemanha**, *a «DVKA» (Organismo alemão de ligação para o seguro de doença – estrangeiro), em Bona;*

na **Estónia**, *a «Eesti Haigekassa» (Caixa de Seguro de Doença da Estónia);*

na **Grécia**, *a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA); quando se trata de um marítimo, a Caixa de reforma dos marítimos (NAT);*

em **Espanha**, *o «Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Instituto Nacional da Segurança Social), em Madrid;*

na **França**, *o «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale» (Centro das ligações europeias e internacionais de segurança social), Paris;*

na **Irlanda**, *o «Department of Health» (Ministério da Saúde), em Dublim;*

na **Itália**, *o «Ministero della Salute» (Ministério da Saúde), em Roma;*

em **Chipre**, *o «*Υπουργείο Υγείας*» (Ministério da Saúde), 1448 Nicósia;*

na **Letónia**, *a «*Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório), em Riga;*

na **Lituânia**, *a «*Valstybinė ligonių kasa*» (Caixa Nacional de Seguro de Doença), em Vilnius;*

no **Luxemburgo**, *a «Union des Caisses de Maladie» (União das Caixas de Doença), no Luxemburgo;*

na **Hungria**, *o «Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Caixa Nacional de Seguro de Doença), em Budapeste;*

em **Malta**, *a Entitlement Unit (Unidade de direitos), Ministry of Health (Ministério da Saúde), 23, St. John Street, Valletta;*

nos **Países Baixos**, *o «Agis Zorgverzekeringen» (Associação geral mutualista de Seguro de Doença), em Utreque;*

na **Áustria**, *a «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger» (Associação das Instituições Austríacas de Segurança Social), em Viena;*

na **Polónia**, *o «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto do Seguro de Doença), em Varsóvia;*

em ***Portugal***, *o Departamento de Acordos Internacionais e Convenções de Segurança Social, em Lisboa;*

na **Eslovénia**, *o «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Direkcija» (Instituto de Seguro de Doença da Eslovénia - Direcção), em Ljubljana;*

na **Eslováquia**, *a «Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou» (Autoridade de Supervisão dos Cuidados de Saúde), em Bratislava;*

▼**M11**

E 126

na **Finlândia**, *o «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro social), em Helsinquia;*
na **Suécia**, *o «Riksförsäkringsverket» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Estocolmo;*
na **Islândia**, *o «Tryggingastofrun rikisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;*
no **Listenstaine**, *o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*
na **Noruega**, *a «Rikstrygdeverket» (Administração Nacional do Seguro), em Oslo;*
na **Suíça**, *a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.*

([3]) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

▼**M11**

COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A SEGURANÇA SOCIAL DOS TRABALHADORES MIGRANTES

E 127 [ ] (1)

RELAÇÃO INDIVIDUAL DOS MONTANTES FIXOS MENSAIS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 36.º 1 e 2
Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 94.º e artigo 95.º

O presente formulário é emitido para um ano civil pela instituição do lugar de residência. Esta envia-o à instituição competente por intermédio do organismo designado para aplicação do artigo 102.º, n.º 2, do Regulamento (CEE) n.º 574/72.

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, em 3 exemplares, utilizando somente as linhas pontilhadas. Deverá ser preenchido um formulário por cada titular de pensão ou de renda e por cada membro da família de um titular de pensão ou de renda.

1.

Relação n.º ..... | do ano 20 .....(2)

2. Instituição competente

2.1 Designação: .....
2.2 Número de identificação da instituição: .....
2.3 Endereço: .....
.....

3. O direito às prestações em espécie foi adquirido pelo

☐ trabalhador assalariado ☐ titular de pensão ou de renda

☐ trabalhador não assalariado

3.1 Apelido(s) (3): .....
3.2 Apelido(s) de nascimento [caso seja(m) diferente(s)]: .....
3.3 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento: .....
3.4 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição competente:
.....
3.5 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição credora:
.....

4. A presente relação individual diz respeito:

4.1 ☐ à família da pessoa mencionada no quadro 3 e residente no seguinte endereço: .....
.....

4.2 ☐ ao titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3 e residente no seguinte endereço: .....
.....

4.3 ☐ ao membro da família, abaixo mencionado, do titular de pensão ou de renda mencionado no quadro 3

☐ ao membro da família, abaixo mencionado, da pessoa mencionada no quadro 3 (4)

4.3.1 Apelido(s) (3): .....
4.3.2 Nome(s) próprio(s): ..... Data de nascimento .....
4.3.3 Endereço: .....
.....
4.3.4 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição competente:
.....
4.3.5 Número de identificação pessoal atribuído pela instituição credora:
.....

▼**M11**

E 127

5. O direito dos membros da família do trabalhador acima mencionado ou do titular de pensão ou de renda acima mencionado e dos seus membros da família às prestações em espécie foi atestado pelo vosso

Formulário E ..... datado de .....

6. Pelo período durante o qual este direito existiu

(de ..... a .....)

6.1 O número de montantes fixos mensais é de .....

6.2 ☐ por família, independentemente do número de membros da família e aplicando uma tarifa única;

☐ por titular de pensão ou respectivos membros da família – para cada um, o formulário E específico e a mesma tarifa para o titular de pensão e para os respectivos membros da família;

☐ por pessoa ([4]).

7.	Instituição credora		
7.1	Designação:		
7.2	Número de identificação da instituição:		
7.3	Endereço:		
	.....		
7.4	Carimbo ([5])	7.5	Data: .....
		7.6	Assinatura:
			.....

NOTAS

([1]) Sigla do país da instituição que preenche o formulário: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.

([2]) Indicar o apelido completo pela ordem do registo civil.

([3]) O ano a indicar é aquele em que as prestações tiverem sido concedidas.

([4]) No caso de um regime especial de montantes fixos mensais.

([5]) Um formulário enviado e assinado electronicamente não necessita de ser carimbado.