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

►**B**

ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 179

της 18ης Απριλίου 2000

περί των υποδειγμάτων εντύπων που απαιτούνται για την εφαρμογή των κανονισμών (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου (Ε 111, Ε 111 Β, Ε 113 έως Ε 118, Ε 125 έως Ε 127)

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(2002/154/ΕΚ)

(ΕΕ L 54 της 25.2.2002, σ. 1)

Τροποποιείται από:

		Επίσημη Εφημερίδα		
		αριθ.	σελίδα	ημερομηνία
►**M1**	Απόφαση 2003/251/ΕΚ αριθ. 187 της 27ης Ιουνίου 2002	L 93	40	10.4.2003

▼B

ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 179

της 18ης Απριλίου 2000

περί των υποδειγμάτων εντύπων που απαιτούνται για την εφαρμογή των κανονισμών (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου (Ε 111, Ε 111 Β, Ε 113 έως Ε 118, Ε 125 έως Ε 127)

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

(2002/154/ΕΚ)

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

Έχοντας υπόψη:

το άρθρο 81 στοιχείο α) του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και στα μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας [1], σύμφωνα με το οποίο είναι επιφορτισμένη με την εξέταση όλων των διοικητικών θεμάτων, που απορρέουν από τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και τους μεταγενέστερους κανονισμούς,

το άρθρο 2 παράγραφος 1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου [2] που καθορίζει τις λεπτομέρειες εφαρμογής του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71, σύμφωνα με το οποίο η διοικητική επιτροπή συντάσσει υποδείγματα πιστοποιητικών, βεβαιώσεων, δηλώσεων, αιτήσεων και άλλα έγγραφα αναγκαία για την εφαρμογή των κανονισμών,

τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 1606/98 του Συμβουλίου [3] που τροποποιεί τους κανονισμούς (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, ενόψει της επέκτασης του πεδίου εφαρμογής τους στα ειδικά συστήματα δημοσίων υπαλλήλων,

τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 307/1999 του Συμβουλίου [4] που τροποποιεί τους κανονισμούς (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, ενόψει της επέκτασης του πεδίου εφαρμογής τους στους φοιτητές,

Εκτιμώντας τα ακόλουθα:

Πρέπει να προσαρμοστούν οι αποφάσεις αριθ. 153 [5] και αριθ. 168 [6] σχετικά με τα υποδείγματα εντύπων, που είναι απαραίτητα για την εφαρμογή των εν λόγω κανονισμών.

Αυτά τα υποδείγματα εντύπων πρέπει να προσαρμοστούν, ώστε να ληφθούν υπόψη και οι τροποποιήσεις, οι οποίες έχουν επέλθει στις εθνικές νομοθεσίες των κρατών μελών.

Η συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, της 2ας Μαΐου 1992, η οποία συμπληρώνεται από το πρωτόκολλο της 17ης Μαρτίου 1993 παράρτημα VI, θέτει σε εφαρμογή τους κανονισμούς (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο.

Με απόφαση της Μεικτής Επιτροπής του ΕΟΧ, τα υποδείγματα των εντύπων, που απαιτούνται για την εφαρμογή των κανονισμών (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΟΚ) αριθ. 574/72, θα προσαρμοστούν και θα χρησιμοποιηθούν στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο.

---

[1] ΕΕ L 149 της 5.7.1971, σ. 2.
[2] ΕΕ L 74 της 27.3.1972, σ. 1.
[3] ΕΕ L 209 της 25.7.1998, σ. 1.
[4] ΕΕ L 38 της 12.2.1999, σ. 1.
[5] ΕΕ L 244 της 19.9.1994, σ. 22.
[6] ΕΕ L 195 της 11.7.1998, σ. 37.

▼B

Για πρακτικούς λόγους, πρέπει να χρησιμοποιούνται πανομοιότυπα έντυπα στην Κοινότητα και στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο.

Η γλώσσα απόδοσης των εντύπων αποτελεί αντικείμενο της σύστασης αριθ. 15 της διοικητικής επιτροπής,

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ:

1. Τα υποδείγματα των εντύπων Ε 111, Ε 111 Β, Ε 113 έως Ε 118, Ε 125 και Ε 126, που έχουν αναπαραχθεί στην απόφαση αριθ. 153, και του Ε 127, που έχει αναπαραχθεί στην απόφαση αριθ. 168, αντικαθίστανται από τα συνημμένα υποδείγματα.

2. Οι αρμόδιες αρχές των κρατών μελών θέτουν στην διάθεση των ενδιαφερομένων (δικαιούχων, φορέων, εργοδοτών κ.λπ.) τα έντυπα σύμφωνα με τα συνημμένα υποδείγματα.

3. Κάθε έντυπο διατίθεται στις επίσημες γλώσσες της Κοινότητας και παρουσιάζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι διάφορες γλωσσικές αποδόσεις να επικαλύπτονται απόλυτα, προκειμένου να μπορέσει κάθε παραλήπτης (δικαιούχος, φορέας, εργοδότης κ.λπ.) να λάβει το έντυπο στην εθνική του γλώσσα.

4. Η παρούσα απόφαση εφαρμόζεται την πρώτη ημέρα του μήνα, που ακολουθεί τη δημοσίευσή της στην *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*.

Ο πρόεδρος της διοικητικής επιτροπής

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στις σελίδες 2 και 3

Ε 111 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Φοιτητής

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

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

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

2 Μέλη οικογένειας ([3])

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

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

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

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

3.2 ([5]) ☐ από .....

▼**M1**

E 111

4	Αρμόδιος φορέας	
4.1	Επωνυμία	Κωδικός αριθμός ([6]) .....
4.2	Διεύθυνση ([2])	
	.....	
4.3	Σφραγίδα	
		4.4 Ημερομηνία .....
		4.5 Υπογραφή
		.....

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

5	Γαλλικός φορέας, αρμόδιος για τα μη εργατικά ατυχήματα των μη μισθωτών αγροτών	
5.1	Επωνυμία	Κωδικός αριθμός ([6]) .....
5.2	Διεύθυνση ([2])	
	.....	
5.3	Σφραγίδα	
		5.4 Ημερομηνία .....
		5.5 Υπογραφή
		.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

Υποδείξεις για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:

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

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

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

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

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

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

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

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

▼**M1**

Ε 111

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

([6]) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼M1

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

Ε 111 **Β** (1)

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

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

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

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

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

2 Μέλη οικογένειας (3)

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

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

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

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

4 Αρμόδιος φορέας

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5): .....
4.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
4.3 Σφραγίδα

4.4 Ημερομηνία .....
4.5 Υπογραφή
.....

4.6 Ισχύει από ..... έως .....
4.7 Σφραγίδα 4.8 Ημερομηνία
.....
4.9 Υπογραφή
.....

4.10 Ισχύει από ..... έως .....
4.11 Σφραγίδα 4.12 Ημερομηνία
.....
4.13 Υπογραφή
.....

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

▼**M1**

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

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

Υποδείξεις για τον ασφαλισμένο και τα μέλη της οικογένειάς του

α) *Το παρόν έντυπο παρέχει τη δυνατότητα:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 113 ☐ (1)

ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΥ

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

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

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....

1.2 Διεύθυνση (2): .....

.....

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

2.1 Επώνυμο (2α)

.....

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

2.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

.....

.....

2.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

3 Νοσηλεία μέλους οικογενείας

3.1 Επώνυμο (2α)

.....

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

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

.....

3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 Σχετικό:

4.1 ☐ έντυπό σας ..... της ..... (4)

4.2 ☐ έντυπό μας E 107 της .....

Α. Γνωστοποίηση εισαγωγής

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

5.1 εισήχθη την ..... (ημερομηνία)

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

5.3 λόγω ☐ ασθένειας ☐ μητρότητας ☐ εργατικού ατυχήματος (6)
☐ επαγγελματικής ασθένειας (7) ☐ μη εργατικού ατυχήματος (8)

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

5.5 ☐ (9) Επισυνάπτονται δικαιολογητικά ή ιατρική γνωμάτευση

▼B

E 113

Β. Γνωστοποίηση εξόδου

6 Η νοσηλεία που σας γνωστοποιήθηκε

☐ με το έντυπό μας E 113 της .....

☐ στο παραπάνω μέρος Α

έληξε την .....

7 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

7.1 Επωνυμία .....

7.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

7.3 Σφραγίδα

7.4 Ημερομηνία .....

7.5 Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

(5) Επωνυμία του νοσηλευτικού ιδρύματος.

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

Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχείρησης .....

Διεύθυνση (2) .....

.....

(7) Προσδιορίζεται αν είναι δυνατόν.

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

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

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 114 ☐ (1)

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ

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

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

Α. Γνωστοποίηση

1 Αρμόδιος φορέας

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

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

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

3 Ενδιαφερόμενο μέλος της οικογένειας

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

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

①

▼B

E 114

8	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

8.1 Επωνυμία .....

8.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

8.3 Σφραγίδα

8.4 Ημερομηνία .....

8.5 Υπογραφή

.....

Β. Ενδεχόμενη αιτιολογημένη άρνηση του αρμόδιου φορέα

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

Αιτιολογία

.....

.....

10	Αρμόιδιος φορέας

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

10.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

10.3 Σφραγίδα

10.4 Ημερομηνία .....

10.5 Υπογραφή

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

Επωνυμία εργοδότη ή επιχειρήσεως .....

Διεύθυνση (2) .....

.....

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

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

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

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

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

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

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

(9) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 115 ☐ (1)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii· άρθρο 22β· άρθρο 25.1.β· άρθρο 34.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.2 και 3· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.2 και 3· άρθρο 64

Αν το έντυπο αφορά εργαζόμενο σε ενεργό απασχόληση, συμπληρώνεται σε ένα μόνο αντίτυπο το οποίο απευθύνεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ή ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Αντίθετα, αν το έντυπο αφορά άνεργο, πρέπει να εκδοθεί σε δύο συμπληρωματικά αντίτυπα, από τα οποία το ένα απευθύνεται στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στον αντίστοιχο φορέα της χώρας στην οποία πήγε ο άνεργος για αναζήτηση εργασίας (βλέπε επίσης σημειώσεις 7 και 9).

1 Αρμόδιος φορέας

1.1 Επωνυμία .....

1.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

2.1 Επώνυμο (2α)

.....

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

2.3 Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα (2)

.....

.....

2.4 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

.....

.....

2.5 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

2.6 Έχει έντυπο E 119 που εκδόθηκε την ..... (3)

και έντυπο E 303 που εκδόθηκε την ..... (3)

3 Εργοδότης (4)

3.1 Ονοματεπώνυμο εργοδότη ή επωνυμία επιχείρησης .....

3.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

3.3 Είδος επιχείρησης .....

Α. ☐ (5) **Αίτηση παροχών**

4 Ο αναφερόμενος στο πλαίσιο 2 υπέβαλε την .....
αίτηση χορήγησης χρηματικών παροχών για ανικανότητα προς εργασία, οφειλόμενη σε

4.1 ☐ ασθένεια (6) ☐ μητρότητα (πιθανή ημερομηνία τοκετού: .....)
☐ εργατικό ατύχημα ☐ ατύχημα που συνέβη στις ..... (ημερομηνία)
☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ υιοθεσία ☐ μειωμένη αποζημίωση σε περίπτωση μητρότητας ή υιοθεσίας (6)

5 το πιστοποιητικό του θεράποντα γιατρού
☐ επισυνάπτεται. ☐ δεν ήταν δυνατό να εκδοθεί

▼B

E 115

6 Σύμφωνα με τη γνωμάτευση του ελεγκτή-γιατρού μας
☐ η έκθεση του οποίου επισυνάπτεται
☐ η έκθεση του οποίου θα σταλεί το συντομότερο δυνατό

6.1 ☐ η ανικανότητα για εργασία άρχισε την .....
και προβλέπεται να παραταθεί μέχρι την .....

6.2 ☐ δεν διαπιστώθηκε ανικανότητα για εργασία ([7]).

7 ☐ Ο ενδιαφερόμενος δεν συμμορφώθηκε με τις απαιτήσεις της νομοθεσίας μας, και ειδικότερα
.....
.....

8 ☐ Η ανικανότητα για εργασία συμπεραίνεται πως είναι συνέπεια ατυχήματος που οφείλεται σε υπαιτιότητα τρίτου

8.1 ☐ Επισυνάπτεται έκθεση για το ατύχημα με τη διεύθυνση του τρίτου που φέρει την ευθύνη

9 ☐ Είμαστε διατεθειμένοι να καταβάλουμε στον ενδιαφερόμενο τις χρηματικές παροχές, για λογαριασμό σας. Σας παρακαλούμε να μας γνωρίσετε αν συμφωνείτε με αυτή τη διαδικασία και, σε καταφατική περίπτωση, να μας δώσετε όλα τα απαιτούμενα στοιχεία για την πληρωμή των παροχών ([8])

10 ☐ Δεν είμαστε διατεθειμένοι να καταβάλουμε στον ενδιαφερόμενο χρηματικές παροχές για λογαριασμό σας

Β. ☐ ([5]) **Παράταση της ανικανότητας για εργασία**

11 Σε συνέχεια του
11.1 ☐ εντύπου μας E 115 της .....
11.2 ☐ έντυπου σας E 117 της .....
11.3 σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με τη γνωμάτευση του ελεγκτή-γιατρού μας
☐ του οποίου η έκθεση επισυνάπτεται
☐ του οποίου η έκθεση θα σας σταλεί το συντομότερο δυνατό
η ανικανότητα για εργασία του αναγραφομένου στο πλαίσιο 2, προβλέπεται να παραταθεί, μέχρι την
.....

12 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

12.1 Επωνυμία .....
12.2 Διεύθυνση ([2]) .....
.....
12.3 Σφραγίδα

12.4 Ημερομηνία .....
12.5 Υπογραφή
.....

②

▼B

E 115

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

(3) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο αφορά άνεργο.

(4) Για τους ανέργους, σημειώνεται ο τελευταίος εργοδότης.

(5) Συμπληρώνεται μόνο το ένα μέρος, Α ή Β. Σημειώνεται σταυρός στο τετράγωνο που αντιστοιχεί στο μέρος που συμπληρώνεται. Για τις Κάτω Χώρες, είναι απαραίτητη η συμπλήρωση του πλαισίου 4.

(6) Όταν η αίτηση υποβάλλεται από τη Νορβηγία.

(7) Πρέπει να επισυνάπτεται αντίτυπο του εντύπου E 118 που απευθύνεται στον ενδιαφερόμενο.

(8) Αν το έντυπο απευθύνεται σε γερμανικό ή ιταλικό φορέα, το τετράγωνο αυτό μπορεί να μείνει κενό και σημειώνεται σταυρός μόνο στο τετράγωνο 10.

(9) Για την Ιταλία, σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας, πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο στην τοπική υπηρεσία του «Instituto nazionale della previdenza sociale» [«INPS» (Εθνικό Ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας)] ενώ, σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας, πρέπει να το υποβάλετε στο «Instituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL). Για τις Κάτω Χώρες, εάν δεν γνωρίζετε ποιος είναι ο αρμόδιος φορέας ασφαλίσεων ασθενείας, απευθύνετε το έντυπο στο G.A.K., Postbus 8300, Amsterdam.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 116 ☐ (1)

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

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii, 1.β.ii και 1.γ.ii· άρθρο 22β· άρθρο 25.1.β· άρθρο 34β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii, 1.β.ii και 1.γ.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.2 και 3· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.2 και 3· άρθρο 64· άρθρο 65.2 και 4

Συμπληρώνεται από τον γιατρό του φορέα που εκδίδει το έντυπο E 115· επισυνάπτεται σ' αυτό το έντυπο και σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας στέλνεται σε σφραγισμένο φάκελο. Για το Βέλγιο, πρέπει πάντα να απευθύνεται πρώτα στον αρμόδιο βελγικό φορέα ασφάλισης ασθενείας (9). Για το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και τη Σουηδία, το παρόν έντυπο συμπληρώνεται από τον γιατρό τον οποίο επισκέπτεται ο ενδιαφερόμενος και στη συνέχεια τα στοιχεία που αναγράφονται σε αυτό επαληθεύονται από τον ασφαλιστικό φορέα.

1 Αρμόδιος φορέας προορισμού (του εντύπου)

1.1 Επωνυμία .....
1.2 Διεύθυνση (2) .....
.....
1.3 Σχετικό: έντυπό μας E 116 της .....

2 Επισυνάπτεται στο έντυπο E 115 της .....

3 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

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

4 Ο υπογράφων, ... , γιατρός, αφού εξέτασα τον παραπάνω αναφερόμενο

την ..... , θεωρώ

4.1 ότι πρόκειται για
☐ περίπτωση ασθένειας (3) ☐ περίπτωση μητρότητας (πιθανή ημερομηνία τοκετού: .....)
4.2 ότι, πιθανότατα, πρόκειται για
☐ εργατικό ατύχημα ☐ επαγγελματική ασθένεια ☐ ατύχημα
4.3 ☐ υποτροπή ή επιδείνωση

▼B

E 116

Μέρος Α: Γενική έκθεση

5 Συμπληρώνεται οπωσδήποτε, ειδικότερα σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος

5.1 Ιστορικό της ασθένειας (αναμνηστικά) και τωρινά συμπτώματα

.....

.....

5.2 Κλινική εξέταση

5.3 Γενική κατάσταση ..... Βάρος ..... Ύψος ..... (4)

5.4 Άλλες διαπιστώσεις .....

.....

.....

5.5 Ειδικές εξετάσεις (5) .....

.....

.....

5.6 Διάγνωση .....

5.7 Συμπεράσματα

5.8 ☐ Ο ενδιαφερόμενος δεν κρίνεται ανίκανος για εργασία

5.9 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται ανίκανος για εργασία
από ..... μέχρι .....

5.10 ☐ Ο ενδιαφερόμενος κρίνεται εν μέρει ανίκανος για εργασία κατά
..... % από ..... μέχρι ..... (5α)

5.11 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα υποστεί νέο ιατρικό έλεγχο την .....

5.12 ☐ Ο ενδιαφερόμενος θα είναι ικανός για εργασία από τις .....

Μέρος Β: Εκθέσεις σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος

6 Πρώτη ιατρική έκθεση

6.1 Αυτό τα ατύχημα προκάλεσε τις εξής βλάβες (ή τραύματα κ.λπ.) (6)

.....

.....

.....

6.2 Οι βλάβες αυτές ☐ είχαν ☐ προβλέπεται να έχουν τις εξής συνέπειες (7)

.....

.....

.....

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

6.4 Το θύμα είχε ή έχει περίθαλψη

☐ κατ' οίκον ☐ στο ιατρείο

☐ στο νοσοκομείο ☐ σε άλλο μέρος

Διεύθυνση (2) (8) .....

.....

▼B

E 116

7	Τελευταία ιατρική έκθεση

7.1 Η θεραπεία περατώθηκε την .....

7.2 Οι βλάβες αποκαταστάθηκαν ή σταθεροποιήθηκαν την .....

7.3 ☐ χωρίς επιπλοκές

7.4 ☐ και προβλέπεται να έχουν τις ακόλουθες συνέπειες

.....

.....

.....

7.5 Λεπτομερής περιγραφή της κατάστασης του θύματος μετά τη θεραπεία ή στο τέλος της ιατρικής περίθαλψης

.....

.....

.....

.....

8	Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

8.1 Επωνυμία .....

8.2 Διεύθυνση ([2]) .....

.....

8.3 Σφραγίδα

8.4 Ημερομηνία .....

8.5 Υπογραφή του γιατρού

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

([4]) Στοιχεία που παρέχονται στα όρια που χρειάζονται.

([5]) Σημειώνεται το είδος της εξέτασης και η ημερομηνία.

([5a]) Οταν η αίτηση υποβάλλεται από τη Νορβηγία.

([6]) Σημειώνονται το είδος και η φύση των βλαβών ή τραυμάτων, το μέρος του τραυματισμένου σώματος: κάταγμα βραχίονα, θλάση στο κεφάλι, στα δάχτυλα, εσωτερικά τραύματα, ασφυξίες κ.λπ.

([7]) Αναφέρονται οι βέβαιες ή πιθανές επιπτώσεις των βλαβών ή τραυμάτων που διαπιστώθηκαν: θάνατος, αναπηρία διαρκής ή προσωρινή, ολική ή μερική. Σε περίπτωση προσωρινής αναπηρίας, προσδιορίζεται η διάρκεια.

([8]) Αν το θύμα έχει νοσηλευθεί, αναφέρεται και η επωνυμία του νοσοκομείου.

([9]) Σε περιπτώσεις αιτήσεων για παροχές μητρότητας που καταβάλλονται από το Βέλγιο, δεν χρειάζεται το έντυπο E 116.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη επόμενη σελίδα

E 117 ☐ (1)

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΧΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ Ή ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1. β· άρθρο 22.1.α.ii· άρθρο 22β· άρθρο 34β· άρθρο 25.1.β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii·
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.6 και 8· άρθρο 24· άρθρο 26.7· άρθρο 61.6 και 8· άρθρο 64

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το παρόν έντυπο και το στέλνει στο φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Ο αρμόδιος φορέας οφείλει, επίσης, να ενημερώσει τον εργαζόμενο σε περίπτωση που οι χρηματικές παροχές καταβάλλονται από το φορέα του τόπου κατοικίας [κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 61.8].

1 Φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής

1.1 Επωνυμία .....

1.2 Διεύθυνση (2) .....

.....

.....

2 Σχετικό: έντυπό σας E 115 της .....

3 ☐ Ο μισθωτός ☐ Ο μη μισθωτός ☐ Ο άνεργος

3.1 Επώνυμο (2α)

.....

3.2 Ονόματα Προηγούμενα επώνυμα (2α) Ημερομηνία γεννήσεως

....

3.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)

.....

.....

3.4 Αριθμός ταυτότητας (2β) .....

4 ☐ δικαιούται χρηματικές παροχές, προσωρινά και με πιθανότητα παράτασης
από ..... μέχρι .....

4.1 ☐ δεν δικαιούται χρηματικές παροχές
Αιτιολογία: βλέπε συνημμένο E 118

4.2 ☐ δεν δικαιούται πια χρηματικές παροχές από την .....
Αιτιολογία: βλέπε συνημμένο E 118

5 Οι παροχές αυτές θα καταβληθούν (3α)

5.1 ☐ από μας

5.2 ☐ από σας για λογαριασμό μας (3β)

5.3 ☐ από τον εργοδότη (4)
από ..... μέχρι ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 Το επίδομα πρέπει να καταβληθεί

6.2 για κάθε μέρα της εβδομάδας, εκτός από ☐ Δευτέρα ☐ Τρίτη ☐ Τετάρτη ☐ Πέμπτη ☐ Παρασκευή ☐ Σάββατο ☐ Κυριακή

6.3 Το καθαρό ημερήσιο ποσό αυτού του επιδόματος ανέρχεται σε
..... (7) εφόσον ο ασφαλισμένος δεν έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα
..... (7) εφόσον ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα

6.4 ☐ (8) Αν το επίδομα οφείλεται για διάστημα ενός μήνα, τούτο χορηγείται για 30 ημέρες, άσχετα αν ο μήνας έχει περισσότερες ή λιγότερες από 30 ημέρες

7 Σας παρακαλούμε να μας κοινοποιήσετε, το συντομότερο δυνατό, το αποτέλεσμα

7.1 ☐ εξέτασης (9) .....

7.2 ☐ διοικητικού ελέγχου

7.3 ☐ νέου ιατρικού ελέγχου, που θα διενεργηθεί περίπου την .....
(ημερομηνία)

①

▼B

E 117

8	Αρμόδιος φορέας		
8.1	Επωνυμία	Κωδικός αριθμός ([10]):	.....
8.2	Διεύθυνση ([2])		
	.....		
8.3	Σφραγίδα	8.4 Ημερομηνία	.....
		8.5 Υπογραφή	
			.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

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

([3]) Δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί σε περίπτωση ανέργου για τον οποίο έχει ήδη εκδοθεί το έντυπο E 119.

([3α]) Ο αρμόδιος φορέας αναφέρει στο σημείο αυτό τον τρόπο πληρωμής

.....

.....

([3β]) Αν το παρόν έντυπο απευθύνεται σε γαλλικό ή ιταλικό φορέα, δεν σημειώνεται σταυρός στο τετράγωνο αυτό.

([4]) Συμπληρώνεται, αν χρειάζεται, από φορείς της Δανίας, της Γερμανίας, ή του Λουξεμβούργου.

([5]) Συμπληρώνεται από φορείς της Γερμανίας, της Ισπανίας, ή του Λουξεμβούργου.

([6]) Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που αναφέρεται στο σημείο 5.2.

([7]) Σημειώνεται το ποσό στο νόμισμα της αρμόδιας χώρας.

([8]) Συμπληρώνεται το τετράγωνο με σταυρό, αν χρειάζεται.

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

([10]) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 118 ☐ (1)

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ Ή ΓΙΑ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.β· άρθρο 22.1.α.ii, β.ii, γ.ii· άρθρο 22β· άρθρο 25.1.β· άρθρο 34β· άρθρο 52.β· άρθρο 55.1.α.ii, β.ii, γ.ii
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 18.4 και 6· άρθρο 24· άρθρο 26.5 και 7· άρθρο 61.4 και 6· άρθρο 64

Αν το έντυπο αφορά εργαζόμενο σε ενεργό απασχόληση, ο φορέας του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (ή ο αρμόδιος φορέας) εκδίδει δύο αντίτυπα, από τα οποία το ένα απευθύνεται στον εργαζόμενο προσωπικά και το άλλο στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας ή στο φορέα ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών της αρμόδιας χώρας (του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής). Αν το έντυπο αφορά άνεργο, απαιτείται η έκδοση, εκτός από τα δύο προηγούμενα αντίτυπα (από τα οποία το ένα προορίζεται για τον άνεργο προσωπικά), δύο επιπλέον αντιτύπων, από τα οποία το ένα θα σταλεί στον αρμόδιο φορέα ασφάλισης ανεργίας και το άλλο στο φορέα της χώρας που πήγε ο άνεργος για αναζήτηση εργασίας.

1 ☐ Μισθωτός ☐ Μη μισθωτός ☐ Άνεργος

1.1 Επώνυμο (1α) .....

1.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (1α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

1.3 Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (2)
.....
.....

1.4 Αριθμός ταυτότητας (2α) .....

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

2.1 Επωνυμία .....

2.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

3 ☐ Από πραγματικά περιστατικά που μας έγιναν γνωστά
☐ Από τον έλεγχο που πραγματοποίησε ο γιατρός μας την ..... προκύπτει ότι

3.1 ☐ η ανικανότητά σας για εργασία είναι μερική (περιορισμένη, προσωρινή)

3.2 ☐ έχετε δικαίωμα μόνο για τμήμα επιδόματος ύψους (3) .....
από την ..... (3)

3.3 ☐ δεν είστε ανίκανος για εργασία

3.4 ☐ η ανικανότητά σας για εργασία έληξε την ..... (4).

3.5 ☐ Η τελευταία ημέρα για την οποία θα σας καταβληθούν χρηματικές παροχές είναι η .....

3.6 ☐ Ο αρμόδιος φορέας θα καθορίσει την τελευταία ημέρα για την οποία θα σας καταβληθούν χρηματικές παροχές

3.7 ☐ Δεν δικαιούστε παροχές διότι .....
.....

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

4.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5) .....

4.2 Διεύθυνση (2) .....
.....

4.3 Σφραγίδα

4.4 Ημερομηνία .....

4.5 Υπογραφή
.....

▼B

E 118

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Το έντυπο με το παράρτημά του αποτελείται από πέντε σελίδες· καμιά απ' αυτές δεν πρέπει να αφαιρεθεί, ακόμα κι αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία.

Πληροφορίες για τον εργαζόμενο (μισθωτό ή μη μισθωτό) ή τον άνεργο

Κατά της αποφάσεως που σας κοινοποιείται με το παρόν έντυπο, έχετε δικαίωμα ένστασης.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες ένστασης παρέχονται στο παράρτημα. Για τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες ένότασης, πρέπει να ανατρέχετε στα στοιχεία που αφορούν το αρμόδιο κράτος.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

(2α) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codece fiscale».

(3) Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που το έντυπο εκδίδεται από τον αρμόδιο φορέα.

(4) Σημειώστε την ημέρα λήξεως της ανικανότητας για εργασία.

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

Ε 118 Παράρτημα

ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΜΙΕΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ

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

1. **ΒΕΛΓΙΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να κάνετε προσφυγή μέσα σ' ένα μήνα από την ημερομηνία κοινοποίησης της προσβαλλόμενης απόφασης, υποβάλλοντας γραπτή αίτηση, που θα έχει ημερομηνία και υπογραφή και θα καταθέτεται ή θα στέλνεται με συστημένη επιστολή στο γραμματέα του αρμόδιου δικαστηρίου εργασίας.

Ως αρμόδιο δικαστήριο εργασίας, νοείται:

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

β) αν δεν κατοικείτε ή δεν κατοικείτε πια στο Βέλγιο, το δικαστήριο εργασίας της περιοχής που βρισκόταν τελευταία η κατοικία σας ή η τελευταία διαμονή σας στο Βέλγιο·

γ) αν δεν είχατε κατοικία ή δεν μείνατε μόνιμα στο Βέλγιο, το δικαστήριο εργασίας της περιοχής της τελευταίας απασχόλησής σας στο Βέλγιο.

2. **ΔΑΝΙΑ**

Αν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε να υποβάλετε ένσταση, εντός τεσσάρων εβδομάδων από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης, στο «Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget» (Συμβούλιο εφετών για κοινωνικά θέματα, επιτροπή ημερήσιων χρηματικών παροχών), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Copenhagen K.

3. **ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ**

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

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

4. **ΕΛΛΑΔΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε, μέσα σε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησής της, να υποβάλετε ένσταση, στο (στην)

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

5. **ΙΣΠΑΝΙΑ**

Μπορείτε να υποβάλετε προσφυγή κατά της συνημμένης απόφασης, μέσα σε προθεσμία 30 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία της κοινοποίησής της, στον κατωτέρω φορέα:

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

είτε απευθείας είτε διαμέσου του φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας σας.

6. **ΓΑΛΛΙΑ**

Αν θέλετε να προσβάλετε τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα μέσα σε προθεσμία δύο μηνών από την ημέρα παραλαβής της κοινοποίησης να υποβάλετε προσφυγή στον αρχίατρο του παρακάτω τοπικού ταμείου ασφάλισης ασθένειας

Επωνυμία .....
Διεύθυνση .....
.....

▼B

Ε 118 Παράρτημα

7. **ΙΡΛΑΝΔΙΑ**

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

8. **ΙΤΑΛΙΑ**

Αποφάσεις του INPS (ασθένεια και μητρότητα)

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

Επιπλέον, ο ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα να προσφύγει στη δικαστική οδό εντός ενός έτους από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης της επιτροπής ή μετά την παρόδο 90 ημερών από την υποβολή της ένστασης εάν η επιτροπή δεν έχει λάβει ακόμη απόφαση.

Αποφάσεις του INPS (εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες)

Ο ασφαλισμένος που θέλει να προσβάλει απόφαση του INAIL, μπορεί, μέσα σε 60 ημέρες από την παραλαβή της κοινοποίησης που του διαβιβάστηκε, να γνωστοποιήσει στο INAIL, με συστημένη επιστολή και απόδειξη αποστολής ή παραλαβής, τους λόγους που τον κάνουν να θεωρεί την απόφαση αδικαιολόγητη.

Αν πρόκειται για ανικανότητα όχι προσωρινή, πρέπει να αναφέρει το ποσοστό αποζημίωσης για το οποίο θεωρεί πως έχει δικαίωμα να επιδοτηθεί. Πάντως, στην προσφυγή του πρέπει να επισυνάψει ιατρικό πιστοποιητικό που θα περιέχει στοιχεία για υποστήριξη της αίτησής του.

Αν δεν πάρει απάντηση μέσα σε 60 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής με το αποδεικτικό που αναφέρεται στο προηγούμενο εδάφιο, ή πάρει απάντηση που δεν θεωρεί ικανοποιητική, ο ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα να προσφύγει στο δικαστήριο κατά του INAIL.

Η ένσταση μπορεί να υποβληθεί στο INAIL είτε απευθείας είτε μέσω του φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής.

9. **ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε προσφυγή καταρχήν στο «Conseil arbitral des assurances sociales», εντός 40 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της κοινοποίησης της απόφασης.

10. **ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη κοινοποίηση, έχετε δικαίωμα να ζητήσετε την έκδοση προσβλητέας απόφασης από τον αρμόδιο ολλανδικό φορέα (που αναγράφεται στο πλαίσιο 2 ή 4 του εντύπου Ε 118) μέσα σε εύλογη προθεσμία. Η απόφαση αυτή θα προσδιορίζει τα ένδικα μέσα και τις προθεσμίες προσφυγής.

11. **ΑΥΣΤΡΙΑ**

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

12. **ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ**

Αν δεν συμφωνείτε με την παρούσα απόφαση, μπορείτε:

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

ή

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

13. **ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

Αν δεν συμφωνείτε με τη συνημμένη απόφαση, μπορείτε μέσα σε 28 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής να υποβάλετε ένσταση στο «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Υπουργείο κοινωνικών ασφαλίσεων, υπηρεσία παροχών, διεύθυνση παροχών εξωτερικού) στο Newcastle-upon-Tyrne ή στη «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Υπηρεσία κοινωνικών ασφαλίσεων της Βόρειας Ιρλανδίας, τμήμα εξωτερικού), στο Μπέλφαστ, ανάλογα με την περίπτωση.

④

▼B

Ε 118 Παράρτημα

14. **ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ**

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

15. **ΣΟΥΗΔΙΑ**

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

16. **ΙΣΛΑΝΔΙΑ**

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

17. **ΛΙΧΤΕΝΣΤΑΪΝ**

α) όσον αφορά την ασφάλιση ασθενείας: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός ταμείου ασφάλισης ασθενείας, μπορείτε να ζητήσετε την έκδοση επίσημης απόφασης η οποία, αφενός, να είναι αιτιολογημένη και, αφετέρου, να παρέχει πληροφορίες για το σχετικό νομικό πλαίσιο.

Εντός 60 ημερών από την παραλαβή της εν λόγω επίσημης απόφασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να εγείρουν αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής·

β) όσον αφορά την ασφάλιση ατυχημάτων: εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να υποβάλετε στον εν λόγω φορέα αίτηση επανεξέτασης της απόφασης.

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση ενός φορέα ασφάλισης ατυχημάτων, μπορείτε επίσης, εντός δύο μηνών από την παραλαβή της απόφασης αυτής, να εγείρετε αγωγή ενώπιον της οικείας δικαστικής αρχής. Αυτό ισχύει επίσης και για την απόφαση του εν λόγω φορέα επί της προαναφερόμενης αίτησης επανεξέτασης.

18. **ΝΟΡΒΗΓΙΑ**

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

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 125 ☐ (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2· άρθρο 63.1· άρθρο 87.1
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 93.1, 2, 4 και 5· άρθρο 105.1

Συμπλήρωση ξεχωριστού εντύπου για κάθε δικαιούχο

1 Αριθ. τιμολογίου ..... (2) ☐ 1ο εξάμηνο ☐ 2ο εξάμηνο οικονομικής χρήσης 20 .....

2 Αρμόδιος φορέας προορισμού (του εντύπου)

2.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (2α) .....
2.2 Διεύθυνση (3) .....
.....

3 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Φοιτητής
☐ Μη μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μη μισθωτών) ☐ Άλλος Ασφαλισμένος

3.1 Επώνυμο (4)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (4) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Διεύθυνση (3) .....
.....
3.4 Διεύθυνση (3) στην αρμόδια χώρα .....
.....
3.5 Αριθμός ταυτότητας (4α) .....

4 Μέλος της οικογένειας (5)

4.1 Επώνυμο (4)
.....
4.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

5 Ο αναγραφόμενος ☐ στο πλαίσιο 3 ☐ στο πλαίσιο 4 έλαβε παροχές
σύμφωνα με το ακόλουθο άρθρο του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.α και 3 ☐ 22.1.β και 3 ☐ 22.1.γ και 3 ☐ 22α ☐ 22β
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 (5α) ☐ 31 ☐ 34α ☐ 34β
☐ 52 (5β) ☐ 55.1 (5β)

βάσει των παρακάτω εντύπων που μας είχαν διαβιβαστεί:

5.2 ☐ έντυπο E ..... της ..... ☐ έντυπο E 117 της .....
ισχύον από ..... έως .....
5.3 Ο αναγραφόμενος ☐ στο πλαίσιο 3 ☐ στο πλαίσιο 4
υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση που είχε ζητηθεί την
.....

▼B

E 125

6	Πραγματικές δαπανές				6.1 Ποσό (6)
6.2	**Για παροχές σε είδος που έχουν χορηγηθεί**	από	μέχρι		.....
6.3	Ιατρική περίθαλψη				.....
6.4	Οδοντιατρική περίθαλψη				.....
6.5	Φάρμακα				.....
6.6	Νοσηλεία	από	μέχρι		.....
		από	μέχρι		.....
6.7	Άλλες παροχές (7)				
	.....				.....
6.8	**Σύνολο παροχών σε είδος**				.....
6.9	**Ιατρικοί έλεγχοι (8)**				
	.....				.....
6.10	**Για παροχές σε χρήμα (επιδόματα) που έχουν καταβληθεί**	από	μέχρι		.....
6.11	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ				.....

7	Φορέας πιστωτής (που συμπληρώνει το έντυπο)		
7.1	Επωνυμία	Κωδικός αριθμός (9)	
7.2	Διεύθυνση (3)		
	.....		
7.3	Σφραγίδα	7.4 Ημερομηνία	
		7.5 Υπογραφή	
		.....	

8	Αποκλειστικά για το φορέα της αρμόδιας χώρας

②

▼B

E 125

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

(2) Σημειώνεται μόνο όταν το στοιχείο αυτό είναι απαραίτητο στο φορέα πιστωτή.

(2α) Σημειώνεται, αν είναι γνωστός.

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

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

(4α) Για τους ισπανούς υπηκόους, δικαιούχους ή αιτούντες σύνταξη, σημειώστε τον αριθμό που αναγράφεται στην πολιτική τους ταυτότητα (DNI), εάν υπάρχει, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει.
Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(5) Συμπληρώνεται μόνο όταν το τιμολόγιο αφορά μέλος της οικογένειας του ασφαλισμένου.

(5α) Ισχύει μόνον όσον αφορά τη Γαλλία για τις υπηρεσίες που έχουν παρασχεθεί έως τις 31.12.2001.

(5β) Για τους ανάγκες των δανικών φορέων, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, την επωνυμία και τη διεύθυνση του εργοδότη, εάν οι παροχές χορηγήθηκαν σύμφωνα με το άρθρο 52 ή 55.1.

Επωνυμία του εργοδότη .....
Διεύθυνση .....
.....

(6) Σημειώνεται το ποσό σε εθνικό νόμισμα (της χώρας όπου συμπληρώνεται το έντυπο).

(7) Αναγράφεται το είδος των παροχών: Περίθαλψη τοκετού, οδοντοστοιχίες, τεχνητά μέλη (ορθοπεδικές προθέσεις), ιαματικά λουτρά (λουτροθεραπεία), πρώτες βοήθειες, συμπληρωματικά μέσα διαγνώσεως κ.λπ.

(8) Αναγράφεται το είδος των ιατρικών ελέγχων ή των ιατρικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν.

(9) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στη σελίδα 3

E 126 ☐ (1)

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.α.i· άρθρο 22.3· άρθρο 22α· άρθρο 22β· άρθρο 31.άρθρο 34α· άρθρο 34β·
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 34

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του εντύπου και στέλνει δύο αντίτυπά του στο φορέα από τον οποίο έπρεπε να ζητήσει τις παροχές ο ενδιαφερόμενος, στη χώρα της προσωρινής διαμονής του. Το έντυπο στέλνεται είτε απευθείας είτε μέσω του οργανισμού-συνδέσμου. Ο φορέας του τόπου προσωρινής διαμονής, αφού συμπληρώσει το μέρος Β, επιστρέφει ένα αντίτυπο στον αρμόδιο φορέα.

Α. Ερώτημα

1 Φορέας προορισμού (του εντύπου) (2)

1.1 Επωνυμία .....

1.2 Διεύθυνση (3) .....

.....

.....

2 ☐ Μισθωτός ☐ Συνταξιούχος (σύστημα μισθωτών) ☐ Φοιτητής

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

2.1 Επώνυμο (3α) .....

2.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (3α) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....

2.3 ☐ Το άτομο αυτό καλύπτεται από το σύστημα μη μισθωτών που αναφέρεται στο παράρτημα 11 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72

2.4 Αριθμός ταυτότητας .....

3 Μέλη της οικογένειας που είχαν περίθαλψη

	3.1 Επώνυμο (3α)	Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα	Ημερομηνία γεννήσεως
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 Ο ανωτέρω ενδιαφερόμενος

4.1 κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην (στο) ..... (χώρα)

4.2 στην (στο) ..... (τόπος, πόλη)

4.3 κατέβαλε ο ίδιος το αντίτιμο των παροχών που είχε ανάγκη

4.4 Είναι ☐ χήρος(-α) ☐ ανάπηρος(-η) (4)

4.5 και το εισόδημά του (της) ανέρχεται σε ..... (4)

5 Παρακαλούμε να σημειώσετε στις συνημμένες αποδείξεις, για κάθε παροχή που περιλαμβάνεται σ' αυτές, το ποσό που θα ήταν δυνατό να του αποδοθεί σύμφωνα με τον τιμοκατάλογο που χρησιμοποιεί ο φορέας του τόπου της προσωρινής διαμονής. Αποκλειστικά για το Λουξεμβούργο, σημειώστε επίσης και το ποσό της νόμιμης συμμετοχής του ασφαλισμένου.

6 Συνημμένες ..... αποδείξεις

7 Αρμόδιος φορέας

7.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (4α) .....

7.2 Διεύθυνση (3) .....

.....

7.3 Σφραγίδα

7.4 Ημερομηνία .....

7.5 Υπογραφή

.....

Β. Απάντηση

8 Σας στέλνουμε συνημμένα ..... αποδείξεις, διατιμημένες σύμφωνα με την αίτησή σας

9 ☐ Ποσό για απόδοση (5) ..... ☐ Καμία απόδοση

10 Παρατηρήσεις .....

.....

.....

.....

11 Φορέας του τόπου της προσωρινής διαμονής

11.1 Επωνυμία .....

11.2 Διεύθυνση (3) .....

.....

11.3 Σφραγίδα

11.4 Ημερομηνία .....

11.5 Υπογραφή

.....

②

▼B

E 126

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

(2) Αν ο φορέας που είναι ορισμένος να χορηγεί τις παροχές σε είδος δεν είναι γνωστός, το έντυπο μπορεί να σταλεί στον οργανισμό συνδέσεως της χώρας προσωρινής διαμονής, δηλαδή:

— στο **Βέλγιο,** στο «*Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)*» *(Εθνικό ίδρυμα ασφάλισης ασθένειας-αναπηρίας), στις Βρυξέλλες·*

— στη **Δανία,** στο «*Sundhedsministeret*» *(Υπουργείο Υγείας), στην Κοπεγχάγη·*

— στην **Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας,** «*AOK-Bundesverband*» *(Εθνική ομοσπονδία τοπικών ταμείων ασθενείας), στη Βόννη·*

— στην **Ελλάδα,** *στο περιφερειακό ή τοπικό υποκατάστημα του «Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΙΚΑ)· αν πρόκειται για ναυτικό, στο «Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο» (ΝΑΤ)·*

— στην **Ισπανία,** στο «*Instituto Nacional de la Seguridad Social*» *(Εθνικό ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων) στη Μαδρίτη·*

— στη **Γαλλία,** στο «*Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants*» *(Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης των μετακινουμένων εργαζομένων), στο Παρίσι·*

— στην **Ιρλανδία,** στο «*Department of Health*» *(Υπουγείο υγιεινής), στο Δουβλίνο·*

— στην **Ιταλία** στο «*Ministero della sanità*» *(Υπουργείο υγείας), στη Ρώμη·*

— στο **Λουξεμβούργο,** *στην «Union des caisses de maladie» στο Λουξεμβούργο·*

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

— στην **Αυστρία,** *στην «Hauptverband der österreichische Sozialversicherungsträger» (Κεντρική ενώση των αυστριακών φορέων κοινωνικής ασφάλισης) στη Βιέννη·*

— στην **Πορτογαλία,** *στην «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Υπηρεσία διεθνών σχέσεων και συμβάσεων κοινωνικών ασφαλίσεων), στη Λισσαβώνα·*

— στη **Φινλανδία,** στο «*Kansaneläkelaitos*» *(Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων), στο Ελσίνκι·*

— στη **Σουηδία,** στο «*Riksförsäkringsverket*» *(Εθνικός οργανισμός κοινωνικών ασφαλίσεων), στη Στοκχόλμη·*

— στην **Ισλανδία,** στο «*Tryggingastofnun rikisins*» στο *Ρέικιαβικ·*

— στο **Λιχτενστάιν,** *στο Υπουργείο εθνικής οικονομίας·*

— στη **Νορβηγία,** στο «*Rikstrygdeverket*» *(Εθνική υπηρεσία ασφαλίσεων), στο Όσλο.*

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

(3α) Για τους ισπανούς πολίτες, σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.

Για τους πορτογάλους πολίτες, σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμο, γένος) κατά τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.

(4) Συμπληρώνεται μόνο όταν η αίτηση απευθύνεται σε βελγικό φορέα.

(4α) Σημειώνεται, αν υπάρχει.

(5) Αναγράφεται το συνολικό ποσό.

▼B

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ
Κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης
ΕΟΧ*

Βλέπε «Οδηγίες» στην επόμενη σελίδα

E 127 ☐ (1)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΕΦΑΠΑΞ (ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗ) ΠΟΣΩΝ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 36.1 και 2
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 94· άρθρο 95

1

Αριθμός κατάστασης ..... του έτους 20..... (2)

2 Αρμόδιος φορέας

2.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (3α) .....
2.2 Διεύθυνση (3) .....
.....

3 Το δικαίωμα για παροχές σε είδος θεμελιώνεται για τον
☐ μισθωτό ☐ συνταξιούχο (σύστημα μισθωτών)
☐ μη μισθωτό ☐ συνταξιούχο (σύστημα μη μισθωτών)

3.1 Επώνυμο (4)
.....
3.2 Ονόματα ..... Προηγούμενα επώνυμα (4) ..... Ημερομηνία γεννήσεως .....
3.3 Αριθμός ταυτότητας (4α) .....

4 Η παρούσα ατομική κατάσταση αφορά

4.1 ☐ την οικογένεια του εργαζομένου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 ο οποίος κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση (3):
.....
4.2 ☐ το συνταξιούχο που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 και κατοικεί στην ακόλουθη διεύθυνση (3): .....
.....
4.3 ☐ το ακόλουθο μέρος της οικογένειας του συνταξιούχου που αναφέρεται στο πλαίσιο 3:
4.3.1 Επώνυμο (4):
.....
4.3.2 Ονόματα: ..... Προηγούμενα επώνυμα (4): ..... Ημερομηνία γέννησης: .....
4.3.3 Διεύθυνση (3): .....
.....
4.3.4 Αριθμός ταυτότητας (4β): .....
.....

5 Το δικαίωμα των μελών της οικογένειας του παραπάνω εργαζομένου ή συνταξιούχου και των μελών της οικογένειάς του για παροχές σε είδος βεβαιώθηκε με το έντυπό σας
Ε ..... της ..... (ημερομηνία)
6 Για το χρονικό διάστημα κατά το οποίο διατηρήθηκε αυτό το δικαίωμα
(από ..... μέχρι .....),
6.1 ο αριθμός των μηνιαίων εφάπαξ ποσών
☐ για κάθε οικογένεια ή συνταξιούχο και οικογένεια ☐ για κάθε μέλος οικογένειας ☐ κατ' άτομο
είναι .....

▼B

E 127

7	Φορέας πιστωτής

7.1 Επωνυμία ..... Κωδικός αριθμός (5) .....

7.2 Διεύθυνση (3) .....

.....

7.3 Σφραγίδα

7.4 Ημερομηνία .....

7.5 Υπογραφή

.....

8	Αποκλειστικά για τον αρμόδιο φορέα

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με γραφομηχανή και μόνο στις διάστικτες γραμμές.

Το παρόν έντυπο εκδίδεται από το φορέα του τόπου κατοικίας για ένα ολόκληρο ημερολογιακό έτος και στέλνεται από αυτόν στον αρμόδιο φορέα μέσω του οργανισμού που έχει οριστεί για την εφαρμογή του άρθρου 102.2 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 574/72.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

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

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

(2) Αναφέρατε το έτος κατά το οποίο χορηγήθηκαν οι παροχές.

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

(3α) Σημειώνεται, αν είναι γνωστός.

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

(4β) Για τους ιταλούς πολίτες, σημειώστε, αν είναι δυνατόν, τον αριθμό ασφαλιστικού μητρώου ή/και τον «codice fiscale».

(5) Σημειώνεται, αν υπάρχει.