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

►**B**

DECISIONE N. 179

del 18 aprile 2000

relativa ai modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 111, E 111 B, E 113-E 118, E 125-E 127)

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(2002/154/CE)

(GU L 54 del 25.2.2002, pag. 1)

Modificata da:

		Gazzetta ufficiale		
		n.	pag.	data
►**M1**	Decisione 2003/251/CE n. 187 del 27 giugno 2002	L 93	40	10.4.2003

▼B

DECISIONE N. 179

del 18 aprile 2000

relativa ai modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 111, E 111 B, E 113-E 118, E 125-E 127)

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(2002/154/CE)

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

visto l'articolo 81, lettera a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità ([1]), ai sensi del quale è incaricata di trattare ogni questione amministrativa derivante dal regolamento (CEE) n. 1408/71 e degli ulteriori regolamenti,

visto l'articolo 2, paragrafo 1 del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio ([2]), che fissa le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, ai sensi del quale stabilisce i modelli dei certificati, attestati, dichiarazioni, domande e altri documenti necessari per l'applicazione dei regolamenti,

visto il regolamento (CE) n. 1606/98 del Consiglio ([3]), che modifica i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 al fine di estendere la loro applicazione ai regimi speciali per i dipendenti pubblici,

visto il regolamento (CE) n. 307/1999 del Consiglio ([4]), che modifica i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, al fine di estendere la loro applicazione agli studenti,

considerando che occorre adeguare la decisione n. 153 ([5]) e la decisione n. 168 ([6]) riguardanti i modelli di formulari necessari all'applicazione di tali regolamenti;

considerando che è opportuno adeguarle inoltre per tenere conto delle modifiche avvenute nelle legislazioni nazionali degli Stati membri;

considerando che l'accordo sullo Spazio economico europeo, del 2 maggio 1992, completato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, attua i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nello Spazio economico europeo;

considerando che, con decisione del Comitato misto del SEE, i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 saranno adeguati e utilizzati nello Spazio economico europeo;

considerando che, per ragioni pratiche, è opportuno utilizzare formulari identici nella Comunità e nello Spazio economico europeo;

considerando che la lingua di emissione dei formulari è oggetto della raccomandazione n. 15 della Commissione amministrativa,

DECIDE QUANTO SEGUE:

1. I modelli di formulari E 111, E 111B, E 113-E 118, E 125 ed E 126, riprodotti nella decisione n. 153, ed E 127, riprodotti nella decisione n. 168, sono sostituiti dai modelli allegati.

([1]) GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.
([2]) GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1.
([3]) GU L 209 del 25.7.1998, pag. 1.
([4]) GU L 38 del 12.2.1999, pag. 1.
([5]) GU L 244 del 19.9.1994, pag. 22.
([6]) GU L 195 dell'11.7.1998, pag. 37.

▼B

2. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione degli interessati (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.), i formulari conformi ai modelli allegati.

3. Ciascun formulario è disponibile nelle lingue ufficiali della Comunità ed è presentato in modo tale che le varie versioni siano perfettamente sovrapponibili per consentire a ciascun destinatario (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) di ricevere il formulario stampato nella sua lingua nazionale.

4. La presente decisione sarà pubblicata nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee*. È applicabile a partire dal primo giorno del mese successivo alla sua pubblicazione.

Il Presidente della commissione amministrativa

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 2 e 3

E 111 ☐ (1)

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

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

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

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

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

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

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

2 Familiari (3)

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

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

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

3.1 (5) ☐ dal ..... al ..... incluso

3.2 (5) ☐ con decorrenza dal .....

▼M1

E 111

4 Istituzione competente

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

4.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

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

4.7 Timbro 4.8 Data:

.....

4.9 Firma

.....

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

4.11 Timbro 4.12 Data:

.....

4.13 Firma

.....

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

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

5.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

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

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

Avvertenze per l'assicurato e i suoi familiari

a) *Il presente documento consente:*

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

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

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

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

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

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

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

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

▼**M1**

E 111

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

([6]) Indicare, se esiste.

▼M1

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

REGIME LAVORATORI AUTONOMI

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 111 **B** (1)

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

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

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

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

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

2 Familiari (3)

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

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

SOLO RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

4 Istituzione competente

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

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

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

①

▼M1

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

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

ISTRUZIONI

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

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

Avvertenze per l'assicurato e i suoi familiari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE

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

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

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

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

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

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

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

([5]) Indicare, se esiste.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 113 ☐ (1)

RICOVERO OSPEDALIERO — NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

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

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

1 All'istituzione competente

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

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

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

3 Familiare ricoverato

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

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

A. Notifica di entrata

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

▼B

E 113

B. Notifica di uscita

6 La degenza notificata

☐ con modulo E 113 del .....

☐ nella parte A che precede

e terminata il .....

7	Istituto del luogo di residenza o di dimora
7.1	Denominazione: .....
7.2	Indirizzo ([2]): .....
	.....
7.3	Timbro
7.4	Data: .....
7.5	Firma
	.....

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

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

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

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

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

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

([5]) Denominazione dell'istituto di cura.

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

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

([7]) Da indicare, se possibile.

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

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

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 114 ☐ (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

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

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

A. Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati) ☐ Studente

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

☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....

2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):

.....

.....

2.4 Numero di identificazione (3 ter): .....

3 Familiare in causa

3.1 Cognome (3 bis)

.....

3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....

3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (4):

.....

3.4 Numero di identificazione (3 ter): .....

4 Riferimento:

4.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (5)

4.2 ☐ al nostro modulo E 107 del .....

5 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata

☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3

5.1 ☐ la necessità ☐ l'urgenza assoluta

5.2 delle seguenti prestazioni: .....

.....

5.3 il cui costo ☐ probabile ☐ effettivo ai sensi della nostra legislazione è di

..... (6)

6 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (7)

7 Le prestazioni citate al punto 5.2 (8)

7.1 ☐ sono già state accordate d'urgenza in data .....

7.2 ☐ saranno accordate qualora, entro 15 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione

▼B

E 114

8 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

B. Eventuale opposizione dell'istituzione competente

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

Motivi:

.....

.....

10 Istituzione competente

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice ([9]): .....

10.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

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

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

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo ([2]): .....

.....

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

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

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

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

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

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

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

([9]) Indicare, se esiste.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 115 ☐ (1)

DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

Reg. 1408/71: art. 19.1; art. 22.1.a.ii; art. 22 ter; art. 25.1.b; art. 34 ter; art. 52.b; art. 55.1.a.ii
Reg. 574/72: art. 18.2 e 3; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.2 e 3; art. 64

Se lo stampato si riferisce ad un lavoratore, deve esserne compilata una sola copia e trasmessa all'istituzione competente di assicurazione malattia e maternità o di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Se, invece, lo stampato riguarda un disoccupato, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due da indirizzare l'una all'istituzione di assicurazione disoccupazione competente, l'altra all'istituzione corrispondente del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro (vedi inoltre le note 7 e 9).

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

2.1 Cognome (2 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (2 bis) ..... Data di nascita .....

2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):

.....

.....

2.4 Indirizzo nel paese competente (2):

.....

.....

2.5 Numero di identificazione (2 ter) .....

2.6 Portatore del modulo E 119 rilasciato il ..... (3)

e del modulo E 303 rilasciato il ..... (3)

3 Datore di lavoro (4)

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Attività dell'impresa: .....

A. ☐ (5) **Domanda di prestazioni**

4 La persona indicata al quadro 2, in data .....
ha chiesto prestazioni in denaro per l'inabilità al lavoro derivante da

4.1 ☐ malattia ☐ maternità (data probabile del parto: .....)
☐ infortunio sul lavoro ☐ infortunio verificatosi il .....
☐ malattia professionale ☐ adozione ☐ compenso ridotto in caso di maternità e adozione (6)

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

▼B

E 115

6	In base al parere del nostro medico di controllo	☐ di cui si allega il rapporto ☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto
6.1	☐ l'inabilità al lavoro ha avuto inizio il	.....
	e si è protratta, sino al	.....
6.2	☐ non vi è inabilità al lavoro ([7])	

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

.....

.....

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

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

9 ☐ Siamo disposti ad erogare le prestazioni in denaro all'interessato per vostro conto. Vi preghiamo di comunicarci il vostro consenso in merito e, in caso affermativo, di fornirci le indicazioni utili per l'erogazione delle prestazioni ([8]).

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

B. ☐ ([5]) **Proseguimento dell'inabilità al lavoro**

11	In riferimento al:	
11.1	☐ nostro modulo E 115 del	.....
11.2	☐ vostro modulo E 117 del	.....
11.3	si comunica che in base al parere del nostro medico di controllo	
	☐ di cui si allega il rapporto	
	☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto	
	la persona indicata al quadro 2 sarà presumibilmente inabile al lavoro fino al	
	..... incluso	

12	Istituzione del paese di residenza o di dimora
12.1	Denominazione: .....
12.2	Indirizzo ([2]): .....
	.....
12.3	Timbro
12.4	Data: .....
12.5	Firma
	.....

②

▼B

E 115

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

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

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

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

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

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

(5) La redazione delle parti A e B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata. Per i Paesi Bassi è necessario compilare la casella 4.

(6) Quando la richiesta proviene dalla Norvegia.

(7) Si alleghi copia del formulario E 118 indirizzato all'interessato.

(8) Se il modulo è inviato ad una istituzione tedesca o italiana, non si deve contrassegnare questa casella ma unicamente la casella 10.

(9) Per l'Italia, trasmettere il presente modulo — in caso di malattia o maternità — all'ufficio locale dell'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) — e in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale all'«Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL). Per i Paesi Bassi qualora fosse sconosciuto l'istituto competente di assicurazione malattia, inviare il formulario al GAK, Postbus 8300 Amsterdam.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamento di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 116 ☐ (1)

RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO PER MALATTIA E MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO MALATTIA PROFESSIONALE

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; art. 22 ter; art. 25.1.b; art. 34 ter; 52.b; art. 55.1.a.ii; 1.b.ii e 1.c.ii
Reg. 574/72: art. 18.2 e 3; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.2 e 3; art. 64; art. 65.2 e 4

Lo stampato è compilato dal medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa riservata, se trattasi di un caso di malattia o di maternità. Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente formulario dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia e maternità (9). Per il Liechtenstein, la Norvegia e la Svezia il modulo è compilato dal medico curante dell'interessato e verificato dall'ente assicurativo.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

1.3 Riferimento: nostro modulo E 116 del .....

2 Allegato al modulo E 115 del .....

3 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

3.1 Cognome (2 bis)

.....

3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (2 bis) ..... Data di nascita .....

3.3 Indirizzo (2) nel paese di residenza o di dimora:

.....

.....

3.4 Numero di identificazione (3): .....

4 Il sottoscritto ..... , dottore in medicina, dopo aver esaminato la soprannominata persona

il .....

4.1 esprime il parere che si tratta di un caso

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

4.2 che si tratta presumibilmente

☐ di infortunio sul lavoro ☐ i malattia professionale ☐ di infortunio

4.3 ☐ di ricaduta o aggravamento

▼B

E 116

Parte A: Rapporto generale

5 Da compilare in ogni caso, soprattutto di infortunio sul lavoro

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

5.2 Esame clinico

5.3 Stato generale ..... Peso: ..... Altezza: ..... (4)

5.4 Altre notizie .....
.....
.....

5.5 Esami tecnici (5): .....
.....
.....

5.6 Diagnosi: .....

5.7 Conclusioni:

5.8 ☐ L'inabilità al lavoro non è riconosciuta.

5.9 ☐ L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere
dal ..... e fino al .....

5.10 ☐ L'interessato è riconosciuto in parte inabile al lavoro per
..... % dal ..... e fino al ..... (5 bis)

5.11 ☐ L'interessato sarà sottoposto ad un ulteriore controllo medico il .....

5.12 ☐ L'interessato è in grado di lavorare dal .....

Parte B: Rapporti in caso di infortunio sul lavoro

6 Primo rapporto medico

6.1 Il predetto infortunio ha provocato le seguenti lesioni (6)
.....
.....
.....

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

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

6.4 L'infortunato è curato
☐ al suo domicilio ☐ in ambulatorio
☐ in ospedale ☐ in altro luogo
Indirizzo (2) (8): .....
.....

②

▼B

E 116

7	Ultimo rapporto medico

7.1 Il trattamento curativo ha avuto fine il .....

7.2 Le lesioni sono consolidate in data .....

7.3 ☐ senza postumi

7.4 ☐ ed avranno presumibilmente come conseguenza

.....

.....

.....

7.5 Descrizione dettagliata dello stato dell'infortunato dopo la guarigione o alla fine del trattamento

.....

.....

.....

.....

8	Istituzione del paese di residenza o di dimora

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma del medico

.....

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

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

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

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

([4]) Le notizie di cui trattasi sono da fornire qualora si ritengano necessarie.

([5]) Indicare il tipo e la data.

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

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

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

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

([9]) Il modulo 116 non è richiesto per domande di prestazioni di maternità erogabili in Belgio.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 117 ☐ (1)

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

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 22 ter; art. 25.1.b; art. 34 ter; art. 52.b; art. 55.1.a.ii
Reg. 574/72: art. 18.6 e 8; art. 24; art. 26.7; art. 61.6 e 8; art. 64

L'istituzione competente compila il presente formulario e lo trasmette all'istituzione del luogo di residenza o di dimora. L'istituzione competente deve informare anche il lavoratore, qualora le prestazioni in denaro siano corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza (Reg. 574/72: art. 61.8).

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora

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

2 Riferimento: vostro modulo E 115 del .....

3 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

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

4 ☐ ha diritto alle prestazioni in denaro, provvisoriamente, salvo eventuale proroga
dal ..... al .....
4.1 ☐ non ha diritto alle prestazioni in denaro
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118
4.2 ☐ non ha più diritto alle prestazioni in denaro a partire dal .....
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118

5 Dette prestazioni saranno erogate (3 bis)
5.1 ☐ da noi
5.2 ☐ da voi per nostro conto (3 ter)
5.3 ☐ dal datore di lavoro (4)
dal ..... al ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 L'indennità dovrà essere corrisposta
6.2 per tutti i giorni della settimana, salvo ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
6.3 L'importo giornaliero netto di tale indennità
è di ..... (7) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale
è di ..... (7) se è ricoverato in ospedale
6.4 ☐ (8) Se le indennità spettano per un mese intero, sono pagate per 30 giorni, a prescindere dal fatto che nel mese vi siano più o meno di 30 giorni.

7 Vi preghiamo di volerci comunicare quanto prima il risultato
7.1 ☐ d'un esame (9) .....
7.2 ☐ d'un controllo amministrativo
7.3 ☐ d'un nuovo controllo medico da eseguire verso il .....

▼B

E 117

8	Istituzione competente			
8.1	Denominazione:		Numero di codice ([10]):	.....
8.2	Indirizzo ([2]):			
	.....			
8.3	Timbro			
		8.4	Data:	.....
		8.5	Firma	
			.....	

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

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

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

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

([3]) L'indicazione non è da fornire se trattasi di disoccupato per il quale è stato emesso il modulo E 119.

([3 bis]) L'istituzione competente può indicare qui le modalità di pagamento
.....
.....

([3 ter]) Se il modulo è indirizzato ad un'istituzione francese o italiana, questa casella non va contrassegnata.

([4]) Va compilato, se del caso, dalle istituzioni danesi, tedesche o lussemburghesi.

([5]) Va compilato dalle istituzioni tedesche, spagnole e lussemburghesi.

([6]) Il riquadro è da compilarsi solo nell'ipotesi che si verifichi la circostanza di cui al punto 5.2.

([7]) Indicare l'importo nella valuta del paese competente.

([8]) All'occorrenza, tracciare una X nel quadratino.

([9]) Indicare il tipo di esame medico che si richiede (radiografia, analisi del ..., ecc.).

([10]) Indicare, se esiste.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 5

E 118 ☐ (1)

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

Reg. 1408/71: art. 19.1 b; art. 22.1.a.ii; b.ii e c.ii; art. 22 ter; art. 25.1.b; art. 34 ter; art. 52.b; art 55.1.a.ii, b.ii e c.ii
Reg. 574/72: art. 18.4 e 6; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.4 e 6; art. 64

Se il modulo si riferisce ad un lavoratore, l'istituzione del luogo di residenza o di dimora (oppure l'istituzione competente) compila il modulo stesso in due copie, delle quali una viene inviata al lavoratore medesimo, l'altra all'istituzione di assicurazione malattia e maternità o infortuni sul lavoro e malattie professionali del paese competente (del luogo di residenza o di dimora). Se invece detto modulo riguarda un disoccupato — oltre le predette due copie, di cui una destinata al disoccupato stesso — si devono compilare altri due esemplari, da indirizzare l'uno all'istituzione competente di assicurazione disoccupazione e l'altro alla corrispondente istituzione del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro.

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2)
.....
.....

1.4 Numero di identificazione (2 bis): .....

2 ☐ All'istituzione competente ☐ All'istituzione del luogo di residenza o di dimora

2.1 Denominazione: .....

2.2 Indirizzo (2): .....
.....

3 ☐ Dai fatti portati a nostra conoscenza
☐ Dal controllo effettuato dal nostro medico in data .....
è risultato che

3.1 ☐ l'inabilità al lavoro è parziale

3.2 ☐ l'interessato ha diritto ad un'indennità parziale d'importo pari a .....
a decorrere dal ..... (3)

3.3 ☐ non sussiste inabilità al lavoro

3.4 ☐ l'inabilità al lavoro è cessata il ..... (4)

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

3.6 ☐ L'istituzione competente stabilirà quando cesseranno le indennità

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

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

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....

4.2 Indirizzo (2): .....
.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma
.....

▼B

E 118

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 5 pagine con l'allegato e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Non scrivere al di fuori dei puntini

Avvertenze per il lavoratore o il disoccupato

Potete eventualmente ricorrere contro la decisione che vi è stata comunicata con il presente documento. Circa i termini e i mezzi di ricorso, ci si deve riferire alle indicazioni fornite in allegato. Per le procedure e i termini, debbono essere seguite, in particolare, le istruzioni fornite per lo Stato competente.

NOTE

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

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

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

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

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

(3) Da compilare unicamente qualora il formulario sia rilasciato dall'istituzione competente. Indicare se si tratta di importo giornaliero, settimanale, mensile.

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

(5) Indicare, se esiste.

▼B

E 118 Allegato

TERMINE E MEZZI DI RICORSO

Reg. 574/72: art. 18.4; art. 61.4

1. **BELGIO**

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

Per tribunale del lavoro competente, si intende:

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

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

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

2. **DANIMARCA**

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

3. **GERMANIA**

Questo atto ufficiale diventa vincolante se l'interessato non avrà presentato ricorso entro tre mesi dalla notifica. I ricorsi dovranno essere introdotti per iscritto entro tre mesi alla seguente istituzione tedesca:

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

4. **GRECIA**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso per iscritto entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica di detta decisione, presso:

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

5. **SPAGNA**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso per iscritto, entro il termine di 30 giorni lavorativi a decorrere dalla data della notifica, presso la seguente istituzione:

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

direttamente o tramite l'istituzione del suo luogo di dimora o di residenza.

6. **FRANCIA**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre ricorso, entro il termine di due mesi a decorrere dal giorno di ricezione della presente notifica, presso il medico capo della seguente cassa primaria di assicurazione malattia:

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

③

▼B

E 118 Allegato

7. **IRLANDA**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare una richiesta al Social Welfare Appeals Office, D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2 (ministero della previdenza sociale). Una domanda in tal senso deve essere inoltrata entro 21 giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica della presente decisione.

8. **ITALIA**

Decisioni dell'INPS (malattia e maternità)

L'interessato può contestare una decisione dell'INPS introducendo un ricorso presso il comitato provinciale competente entro 90 giorni dal ricevimento della notifica della decisione. L'interessato può inoltre adire le vie legali entro un periodo di un anno dalla data in cui è stata notificata la decisione del comitato o dalla scadenza dei 90 giorni dall'introduzione del ricorso se il comitato non ha adottato alcuna decisione.

Ricorsi INAIL (infortuni e malattie professionali)

Avverso i provvedimenti dell'INAIL l'interessato può comunicare all'istituto stesso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o con lettera della quale abbia ritirato ricevuta, entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione fattagli, i motivi per i quali non ritiene giustificato il provvedimento dell'istituto, precisando, nel caso in cui si tratti di inabilità permanente, la misura di indennità che ritiene essergli dovuta allegando in ogni caso alla domanda un certificato medico dal quale emergano gli elementi giustificativi della domanda.

Non ricevendo risposta nel termine di 60 giorni dalla data della ricevuta della domanda di cui al precedente comma, o qualora la risposta non gli sembri soddisfacente, l'infortunato può convenire in giudizio l'istituto assicuratore avanti l'autorità giudiziaria.
L'opposizione può essere presentata all'INAIL direttamente o per il tramite dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

9. **LUSSEMBURGO**

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

10. **PAESI BASSI**

Se l'interessato non è d'accordo con la comunicazione allegata, chiederà entro un tempo ragionevolmente breve una decisione impugnabile all'istituzione competente indicata al quadro 2 o 4. Questa decisione precisa i termini ed i mezzi di ricorso.

11. **AUSTRIA**

Avverso le informazioni in allegato (formulario E 118), l'interessato può chiedere una decisione dell'istituzione austriaca competente, menzionata nella casella 2 o 4 del modulo citato, da cui può ricevere le istruzioni da seguire circa il rimedio giuridico più adeguato.

12. **PORTOGALLO**

Avverso la decisione l'interessato può:

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

o

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

13. **FINLANDIA**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare un ricorso entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica della decisione allegata all'istituzione assicurativa finlandese citata nelle caselle 2 o 4 del formulario E 118, o all'ente assicurativo più vicino al luogo di residenza, indicato in una delle caselle sopraccitate.

▼B

E 118 Allegato

14. **SVEZIA**

L'interessato può, entro un periodo di due mesi dalla notifica della decisione, presentare un ricorso all'istituzione svedese competente citata nelle caselle 2 o 4 del formulario E 118. Nel ricorso l'interessato dovrebbe specificare il motivo per il quale ritiene ingiustificata tale decisione.

15. **REGNO UNITO**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 28 giorni dalla data di ricevimento della decisione al «Department of Social Security Benefits Agency Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne» (ministero della sicurezza sociale, servizio prestazioni, servizio internazionale) o al «Nothern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch, Belfast» (ministero della sicurezza sociale, servizio internazionale).

16. **ISLANDA**

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

17. **LIECHTENSTEIN**

a) Per quanto riguarda l'assicurazione malattia: avverso la decisione della cassa di assicurazione malattia, l'interessato può chiedere una decisione formale contenente le motivazioni e le informazioni sulla procedura legale da seguire.

   Entro 60 giorni dal ricevimento di tale decisione l'interessato può adire il tribunale competente.

b) Per quanto riguarda l'assicurazione infortuni: qualora l'interessato non condivida la decisione dell'assicuratore per gli infortuni, può, entro due mesi dal ricevimento di tale decisione, chiedere all'assicuratore competente di riconsiderare la medesima.

   Se l'interessato non condivide la decisione dell'assicuratore, può entro due mesi dal ricevimento di tale decisione adire il tribunale competente. Ciò si applica anche per la decisione degli assicuratori per gli infortuni riguardante la summenzionata richiesta di revisione.

18. **NORVEGIA**

L'interessato può introdurre un ricorso contro una decisione norvegese all'istituzione indicata nelle caselle 2 o 4 del formulario E 118, entro sei settimane dal ricevimento della notifica della decisione.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 125 ☐ (1)

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Reg. 1408/71: art. 36. 1 e 2; art. 63.1; art. 87. 1
Reg. 574/72: art. 93. 1, 2, 4, 5; art. 105. 1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario.

1 Fattura n. ..... (2) del ☐ 1º semestre ☐ 2º semestre dell'anno 20 .....

2 All'istituzione competente

2.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2 bis): .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o rendita (regime per lavoratori subordinati) ☐ Studente
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime per lavoratori autonomi) ☐ Altra persona assicurata

3.1 Cognome (4)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (4) ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo (3): .....
.....
3.4 Indirizzo (3) nel paese competente: .....
.....
3.5 Numero di identificazione (4 bis): .....

4 Familiare (5)

4.1 Cognome (4)
.....
4.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....

5 Alla persona indicata ☐ al quadro 3 ☐ al quadro 4 le prestazioni sono state concesse a norma del seguente articolo del reg. 1408/71:

5.1 ☐ 19. 1, 2 ☐ 22. 1.a e 3 ☐ 22. 1.b e 3 ☐ 22. 1.c e 3 ☐ 22 bis ☐ 22 ter
☐ 25. 1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29. 1 (5 bis) ☐ 31 ☐ 34 bis ☐ 34 ter
☐ 52 (5 ter) ☐ 55. 1 (5 ter)

e sulla base dei seguenti moduli ricevuti:

5.2 ☐ modulo E ..... del ..... ☐ modulo E 117 del .....
valido dal ..... al .....

5.3 La persona indicata ☐ al quadro 3 ☐ al quadro 4
è stata sottoposta alla perizia medica richiesta il
.....

①

▼B

E 125

6	SPESE SOSTENUTE			6.1 Importo (6)
6.2	**Per prestazioni in natura corrisposte**	dal	al	.....
6.3	Cure mediche			.....
6.4	Cure dentarie			.....
6.5	Medicinali			.....
6.6	Ricovero in ospedale	dal	al	.....
		dal	al	.....
6.7	Altre prestazioni (7)			
	.....			.....
6.8	**Totale prestazioni in natura**			.....
6.9	**Accertamenti sanitari** (8)			
	.....			.....
6.10	**Per prestazioni in denaro corrisposte**	dal	al	.....
6.11	TOTALE DELLE SPESE			.....

7	Istituzione creditrice		
7.1	Denominazione:		Numero di codice (9): .....
7.2	Indirizzo (3):		
	.....		
7.3	Timbro		
		7.4	Data: .....
		7.5	Firma
			.....

8	Spazio riservato ad uso proprio dell'istituzione del paese competente

②

▼B

E 125

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

(2) Da indicare se necessario all'istituzione creditrice.

(2 bis) Indicare, se noto.

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

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

(4 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

(5) Da indicare solo se il conto riguarda un familiare.

(5 bis) Si applica solo in riferimento all Francia per le prestazioni fornite fino al 31.12.2001.

(5 ter) Ai fini delle istituzioni danesi, indicare se possibile, il nome e l'indirizzo del datore di lavoro qualora le prestazioni siano erogate in conformità degli articoli 52 o 55.1.

Nome del datore di lavoro: .....

Indirizzo: .....

.....

(6) Da indicare in moneta nazionale.

(7) Indicare il tipo di prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, mezzi diagnostici complementari, ecc.

(8) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli o perizie) effettuati.

(8) Indicare, se esiste.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 126 ☐ (1)

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter
Reg. 574/72: art. 34

L'istituzione competente compila la parte A del formulario e ne invia due copie all'istituzione che avrebbe dovuto erogare le prestazioni all'interessato nel paese di dimora, direttamente o tramite l'organismo di collegamento. L'istituzione del luogo di dimora, redatta la parte B del formulario, restituisce una copia all'istituzione competente.

A. Domanda

1 All'istituzione destinataria (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
.....

2

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

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 ☐ L'interessato è soggetto al regime dei lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72
2.4 Numero di identificazione: .....

3 Familiare (o familiari) a cui sono state prestate le cure

	Cognome (3 bis)	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 La persona sopraccitata

4.1 durante una sua temporanea dimora in: ..... (paese)

4.2 a: ..... (località)

4.3 ha sostenuto in proprio le spese per le cure, di cui ha avuto bisogno

4.4 È ☐ vedovo ☐ invalido ([4])

4.5 e dispone di un reddito proprio pari a ..... ([4])

5 L'istituzione in indirizzo è pregata di indicare sulle ricevute allegate — per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime — gli importi che potrebbero essere rimborsati all'interessato, secondo le tariffe previste dalla legislazione sociale dell'istituzione del luogo di dimora. Unicamente per il Lussemburgo, indicare anche l'importo della partecipazione ufficiale a carico dell'assicurato.

6 Allegati: n. ..... ricevute.

7 Istituzione competente

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice ([4 bis]): .....

7.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Comunicazione

8 Sono allegati n. ..... ricevute tariffate come da quanto richiesto

9 ☐ Importo da rimborsare ([5]) ..... ☐ Nessun rimborso

10 Osservazioni: .....

.....

.....

.....

11 Istituzione del luogo di dimora

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

②

▼B

E 126

ISTRUZIONI

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

NOTE

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

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

(2) Ove l'istituzione, che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il formulario all'organismo di collegamento del paese di dimora, e segnatamente:

— **Belgio,** *l'«Institut national d'assurance maladie-invalidité» (INAMI) (istituto nazionale di assicurazione malattia-invalidità), Bruxelles;*

— **Danimarca,** *il «Sundhedsministeriet» (ministero della sanità), Copenaghen;*

— **Germania,** *l'«AOK-Bundesverband» (federazione nazionale delle casse locali di malattia), Bonn;*

— **Grecia,** *l'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA); quando si tratta di un marinaio, la cassa pensione marittimi (NAT);*

— **Spagna,** *l'«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (istituto nazionale della sicurezza sociale) a Madrid;*

— **Francia,** *il «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (centro di sicurezza sociale dei lavoratori migranti), Parigi;*

— **Irlanda,** *il «Department of Health» (ministero della sanità), Dublino;*

— **Italia,** *il ministero della sanità, Roma;*

— **Lussemburgo,** *l'«Union des Caisses de maladie» (unione casse malattia), Lussemburgo;*

— **Paesi Bassi,** *l'«ANOZ Verzekeringen» (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*

— **Austria,** *l'«Hauptverband der österreichische Socialversicherungsträger» (associazione principale degli istituti di sicurezza sociali austriaci), Vienna;*

— **Portogallo,** *il «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona;*

— **Finlandia,** *il «Kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;*

— **Svezia,** *il «Riksförssäkringsverket» (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma;*

— **Islanda,** *il «Tryggingastofnun rikisins», Reykjavik;*

— **Liechtenstein,** *l'ufficio di economia nazionale;*

— **Norvegia,** *il «Rikstrygdeverket» (amministrazione dell'assicurazione nazionale), Oslo.*

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

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

(4) Da compilare soltanto se la domanda è inoltrata ad una istituzione belga.

(4 bis) Indicare, se esiste.

(5) Indicare l'importo totale.

▼B

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» al verso

E 127 ☐ (1)

SEGNALAZIONE DEI FORFAITS MENSILI

Reg. 1408/71: art. 36.1 e 2
Reg . 574/72: art. 94; art. 95

1

Rilevazione n. ..... dell'anno 20..... (2)

2 Istituzione competente

2.1 Denominazione: ..... Numero di codice (3 bis): .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 Le prestazioni in natura sono concesse in base al diritto acquisito dal

☐ Lavoratore subordinato ☐ Titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori autonomi)

3.1 Cognome (4)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (4) ..... Data di nascita .....
3.3 Numero di identificazione presso l'istituzione competente (4 bis): .....

4 La presente rilevazione individuale riguarda:

4.1 ☐ i familiari del lavoratore designato nel quadro 3 che risiedono al seguente indirizzo (3):
.....
4.2 ☐ il titolare di pensione o di rendita designato nel quadro 3 e residente al seguente indirizzo (3): .....
.....
4.3 ☐ il familiare, desginato qui di seguito, del titolare di pensione o di rendita citato nel quadro 3:
4.3.1 Cognome (4):
.....
4.3.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti (4) ..... Data di nascita: .....
4.3.3 Indirizzo (3): .....
.....
4.3.4 Numero di identificazione presso l'istituzione competente (4 bis): .....
.....

5 Il diritto alle prestazioni in natura dei familiari del suddetto lavoratore o del suddetto titolare di pensione o di rendita e dei suoi familiari è stato attestato con il formulario
E ..... del .....
6 Per il periodo durante il quale si è protratto tale diritto:
(dal ..... al .....)
6.1 i forfaits mensili
☐ per famiglia o per pensionato e famiglia ☐ per familiare ☐ pro capite
sono .....

①

▼B

E 127

7	Istituzione creditrice

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

8	Spazio riservato all'istituzione competente

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari) utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

Il presente formulario è compilato per un intero anno civile dall'istituzione del luogo di residenza, che lo trasmette all'istituzione competente tramite l'organismo designato in applicazione dell'articolo 102, paragrafo 2 del reg. 574/72.

NOTE

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

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

(2) Si intende per anno quello nel corso del quale si sono erogate le prestazioni.

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

(3 bis) Indicare, se noto.

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

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

(5) Indicare, se esiste.