DECISIONE N. 153

del 7 ottobre 1993

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

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(94/604/CE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HA DECISO QUANTO SEGUE:

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

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

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

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

Il Presidente

della Commissione amministrativa

Gabrielle CLOTUCHE

Lista dei formulari

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

E 103 — Esercizio del diritto di opzione

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

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

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

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

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

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

E 110 — Attestato per lavoratori subordinati addetti ai trasporti internazionali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 124 — Domanda di assegni in caso di morte

E 125 — Conto individuale delle spese effettive

E 126 — Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura

E 127 — Segnalazione dei forfaits mensili

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Domanda di informazioni**
☐ **Comunicazione di informazioni**
☐ **Richiesta di formulari**
☐ **Sollecito**

concernente

☐ **un lavoratore subordinato**
☐ **un lavoratore autonomo**
☐ **un frontaliero**
☐ **un titolare di pensione**
☐ **un richiedente la pensione**
☐ **un disoccupato**
☐ **un avente diritto**

Reg. 1408/71: art. 84

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente formulario all'istituzione destinataria, che a sua volta compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il presente formulario è utilizzato unicamente in aggiunta ad altri formulari e servirà per qualsiasi scambio d'informazione non espressamente previsto in altri moduli, senza mai sostituirsi ad essi.

Parte A

1 Istituzione destinataria

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

2 Notizie concernenti l'interessato (3)

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi precedenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....

3 Nazionalità (8) ..... D.N.I. (9) .....

4 Nascita

4.1 Data (10): .....
4.2 Località (11) .....
4.3 Provincia o dipartimento (12): .....
4.4 Paese (13): .....

5 Numero di matricola

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

6 Indirizzo (2): .....
.....

7 Pratica

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

E 001

8 Beneficiario (14)

8.1 Cognome (4)
.....

8.2 Nomi ..... Cognomi di nascita (4) .....

8.3 Luogo di nascita (11) ..... Data di nascita .....

8.4 Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (9) .....

8.5 Indirizzo (2) .....
.....

9 ☐ Richiesta ☐ Sollecito della richiesta del .....

Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro ☐ 2 ☐ 8

9.1 ☐ dei formulari: .....

9.2 ☐ dei documenti: .....
.....

9.3 ☐ delle seguenti informazioni: .....
.....

9.4 Motivo della richiesta: .....

10 Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....
.....
.....
.....

11 Varie

.....
.....
.....
.....
.....

12 Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: ..... Numero di codice (15) : .....

12.2 Indirizzo (2) .....
.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma
.....

Parte B

13

A seguito della richieste del ..... si trasmettono in allegato:

13.1 ☐ i seguenti formulari: .....

13.2 ☐ i seguenti documenti: .....

.....

13.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

.....

14

A seguito della richiesta del .....

si comunica che non è possibile trasmettere

14.1 ☐ i seguenti formulari: .....

14.2 ☐ i seguenti documenti: .....

14.3 ☐ le informazioni richieste

14.4 ☐ Motivo: .....

.....

.....

15 Varie

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ A seguito dell'invio del .....

si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 10

17 Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: ..... Numero di codice ([15]).....

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

.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma

.....

E 001

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee appositamente punteggiate. Esso è composto di 4 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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(3) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.

(4) — Il cognome (di famiglia) è quello usuale oppure acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— 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.

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

(6) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente; gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(9) Per i cittadini spagnoli indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1º agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(12) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani; questo riquadro contiene, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, se il comune di nascita è Lille, si indichi il dipartimento di nascita: «Nord» associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: «Nord 59»). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(13) Sigla del paese di nascita dell'assistita codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(14) Compilare se del caso.

(15) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 103 ☐ (1)

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPZIONE

Reg. 1408/71: art. 16.2 e 3
Reg. 574/72: art. 13.2 e 3; art. 14.1 e 2

Il lavoratore, compilata la parte A del modulo secondo le modalità indicate alle lettere a) e b) delle avvertenze, lo consegna od invia come precisato alle lettere a) e c) delle avvertenze predette. L'istituzione che ha ricevuto lo stampato di cui trattasi ne compila la parte B e ne trasmette una copia al lavoratore.

A. Opzione

1 Il sottoscritto

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (1 bis) .....

1.3 Data di nascita ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 ter): .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

1.5 Numero di identificazione (1 quater): .....

2 occupato dal .....

2.1 (3) ☐ in qualità di ..... presso la missione diplomatica all'ufficio consolare
.....

2.2 (3) ☐ in qualità di (4) .....
al servizio privato del seguente datore di lavoro (5): .....
che appartiene alla missione diplomatica all'ufficio consolare .....

2.3 (3) ☐ come agente ausiliario presso le Comunità europee

3 dichiara di optare per la legislazione di sicurezza sociale

3.1 (6) ☐ dello Stato di cui è cittadiono

3.2 (6) ☐ dello Stato alla quale è stato soggetto da ultimo e cioè per la legislazione

(6) ☐ belga ☐ danese ☐ tedesca ☐ greca ☐ spagnola
(6) ☐ francese ☐ irlandese ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese
(6) ☐ portoghese ☐ del Regno Unito
(6) ☐ austriaca ☐ finlandese ☐ islandese ☐ del Liechtenstein ☐ norvegese
(6) ☐ svedese

4 Località e data: .....

5 Firma
.....

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

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....
.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma
.....

B. Attestato

7 Si prende atto che il lavoratore menzionato al quadro 1 è assoggettato alla legislazione

(6) ☐ belga ☐ danese ☐ tedesca ☐ greca ☐ spagnola
(6) ☐ francese ☐ irlandese ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese
(6) ☐ portoghese ☐ del Regno Unito
(6) ☐ austriaca ☐ finlandese ☐ islandese ☐ del Liechtenstein ☐ norvegese
(6) ☐ svedese

7.1 a partire dal .....

7.2 e per il periodo durante il quale egli permane nell'occupazione indicata nella parte A (7)

8 Istituzione designata dall'autorità competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2) .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari), 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

Per il personale addetto alle missioni diplomatiche o uffici consolari e per i domestici privati al loro servizio

a) Dopo essere stata compilata, una copia del modulo alla parte A, ad eccezione del riquadro 6, deve essere consegnata al datore di lavoro; due copie si devono inviare all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato per le cui legislazione è stato optato e cioè:

per il **Belgio,** *all'«Office national de sécurité sociale» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles;*

per la **Danimarca,** *al «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» (Istituto nazionale di sicurezza sociale), Copenaghen;*

per la **Germania,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia), Bonn;*

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

per la **Spagna,** *alla «Tesoreria General de la Securidad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social», Madrid;*

per la **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie de Paris»(Cassa primaria di assicurazione malattia di Parigi);*

*per l'***Irlanda,** *al «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino;*

*per l'***Italia,** *alla sede locale competente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS);*

per il **Lussemburgo,** *all'«Inspection générale de la Sécurité sociale»(Ispettorato generale della sicurezza sociale), Lussemburgo;*

per i **Paesi Bassi,** *al «Sociale Verzekeringsraad» (Consiglio delle assicurazioni sociali), Zoetermeer;*

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

per il **Regno Unito,** *al «Department of Social Security, Contributions Agency, Overseas Contributions» (Ministero della sicurezza sociale, reparto contributi), Newcastle-upon-Tyne o al «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agenzia di sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast;*

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

per la **Finlandia,** *all «Eläketurvakeskus» (Istituto centrale di assicurazioni pensioni), Helsinki;*

*per l'***Islanda,** *al «Tryggingastofnun rikisins», Reykjavik;*

per il **Liechtenstein,** *all'«Amt für Volkswirtschaft» (Ufficio di economia nazionale), Vaduz;*

per la **Norvegia,** *al «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Ufficio nazionale di assicurazione per l'assicurazione sociale all'estero), Oslo;*

per la **Svezia,** *al «Riksförsäkringsverkat» (Ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma.*

Per l'autorità delle Comunità europee abilitata a concludere il contratto di assunzione dei suoi agenti ausiliari

b) All'atto dell'assunzione di un agente ausiliario, se questi desidera avvalersi del suo diritto di opzione, l'autorità delle Comunità europee abilitata gli farà compilare la parte A del presente modulo, eccezione fatta per il riquadro 6, che dovrà essere compilato dall'autorità in causa.

c) Due copie del predetto modulo dovranno essere inviate all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro per la cui legislazione l'agente ha optato [vedi precedente lettera a)].

NOTE

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

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

(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 spagnoli indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quater) Per i cittadini soggetti alla legislazione belga, indicare il numero di registrazione nazionale.

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

(3) Delle indicazioni 2.1, 2.2, 2.3, fornire quella riferentesi alla situazione del lavoratore che compila lo stampato e riportare una X nel quadratino relativo all'indicazione stessa.

(4) Indicare la qualifica: autista, cuoca, ecc.

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

(6) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa. Si tenga presente che i lavoratori che prestano servizio presso missioni diplomatiche od uffici consolari nonché coloro che sono addetti al servizio personale di un funzionario delle suddette missioni od uffici possono optare solo per la legislazione della sicurezza sociale dello Stato di cui sono cittadini.

(7) I lavoratori che prestano servizio presso missioni diplomatiche od uffici consolari nonché coloro che sono addetti al servizio di un funzionario di tali missioni od uffici possono optare nuovamente allo scadere di ogni anno civile.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 104 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI RESIDENZA

Malattia — maternità — morte (assegno) — tubercolosi

Reg. 1408/71: art. 9.2; art. 18.1; art. 38.1; art. 64
Reg. 574/72: art. 6.2; art. 16; art. 39.1 e 2; art. 79

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stesso all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione l'interessato è stato soggetto da ultimo. Questa istituzione compila la parte B dello stampato e lo restituisce all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora lo stampato in argomento sia stato richiesto dall'interessato, l'istituzione tenuta a rilasciarlo compila la parte B del modulo e lo consegna o lo trasmette all'interessato medesimo.

Parte A

1 Istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

.....

2 Assicurato

2.1 Cognome (2 bis)

.....

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

2.3 Numero di matricola: .....

2.4 A decorrere dalla data indicata al punto 3.1, l'assicurato ha esercitato un'attività

☐ subordinata ☐ autonoma in (3) .....

2.5 ☐ Nome o ragione sociale dell'ultimo datore di lavoro .....

☐ Ultima attività autonoma esercitata

.....

Indirizzo (2): .....

.....

2.6 Datori di lavoro precedenti (4) ☐ Attività autonome precedenti

(nome o ragione sociale e indirizzo) (2) .....

.....

.....

.....

.....

.....

3 Per dare seguito ad una domanda presentata dalla persona soprannominata si prega di comunicare i periodi di assicurazione, di occupazione o di residenza che

3.1 a decorrere dal .....

3.2 la persona stessa ha compiuto, in forza della legislazione di codesto Stato, per il rischio di:

☐ malattia e maternità (5) ☐ morte (assegno) ☐ tubercolosi

☐ invalidità (5 ter)

4 Istituzione competente

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

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

Parte B

5	Assicurato (6)

5.1 Cognome (2 bis)
.....

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

5.3 Numero di matricola: .....

6 La persona indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 5

6.1 è assicurata contro il rischio di malattia-maternità dalla data citata al punto 3.1 ☐ (8 ter)

6.2 ha compiuto ☐ nel corso degli ultimi 3 anni (8) ☐ nel corso degli ultimi 5 anni (8 bis)

☐ dal .....

7	I seguenti periodi di assicurazione o di occupazione, per le prestazioni seguenti: ☐ (5) (7)

7.1	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.2	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.3	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.4	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.5	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.6	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.7	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.8	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.9	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
7.10	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)

8	I seguenti periodi di residenza:

8.1	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.2	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.3	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.4	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.5	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.6	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.7	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.8	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.9	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)
8.10	dal	.....	al	..... (9)	per (10) il rischio	.....	☐	(11)

9	Instituzione designata dall'autorità competente

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo (2): .....
.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 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

NOTE

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

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

(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) Indicare lo Stato.

(4) Compilare se possibile.

(5) Unicamente se l'istituzione destinataria è belga, greca, francese o del Liechtenstein indicare il rischio mediante le sigle seguenti: N = prestazioni in natura; E = prestazioni in denaro.

(5 bis) Indicare se esiste.

(5 ter) Per le istituzioni francesi.

(6) Da compilare solo nel caso in cui lo stampato venga consegnato direttamente all'interessato.

(7) Se l'attestato è destinato ad una istituzione italiana, al fine di ottenere le prestazioni (in denaro) in caso di tubercolosi e se l'interessato non ha versato un anno di contributi, dovranno essere citati tutti i periodi assicurativi maturati dal medesimo.

(8) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente del Regno Unito.

(8 bis) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente irlandese.

(8 ter) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente belga.

(9) Se l'attestato è destinato a un'istituzione greca, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando il codice seguente:
D = subordinata
I = autonoma.
Se l'attestato è destinato ad un'istituzione tedesca o lussemburghese, indicare i periodi assicurativi nella sezione 7, utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria, F = assicurazione volontaria.

(10) Indicare il rischio previsto utilizzando il seguente codice:
A = malattia e maternità; B = morte (assegno); C = tubercolosi; O = invalidità.

(11) Se l'istituzione competente è un'istituzione tedesca, del Regno Unito o austriaca, riportare una X nel quadratino, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un effettivo periodo di occupazione e precisare la natura dell'attività subordinata o autonoma:

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE *

Vedi «Istruzioni» al verso

E 105 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE I FAMILIARI DEL LAVORATORE SUBORDINATO O AUTONOMO DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER IL CALCOLO DELLE PRESTAZIONI IN DENARO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO
Malattia — maternità — morte (assegno) — tubercolosi

Reg. 1408/71: art. 23.3; art. 58.3
Reg. 574/72: art. 25.1 e 2; art. 70.1

Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia o da parte di un'istituzione designata del luogo di residenza dei familiari e da consegnare al lavoratore.

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo

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 I familiari del lavoratore suindicato

	Cognome (1 bis)	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	Rapporto di parentela
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

3 Istituzione competente

3.1 Denominazione: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Timbro

3.4 Data: .....
3.5 Firma
.....

E 105

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per il lavoratore

a) Qualora possiate fruire di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro in Belgio, Germania, Grecia, Francia, Irlanda, Portogallo, Regno Unito, Austria, Finlandia, paesi la cui legislazione prevede che l'importo di dette prestazioni possa variare in funzione dei familiari, dovete produrre il presente attestato all'organismo assicuratore presso il quale siete iscritti.

b) L'attestato è valido per un periodo di 12 mesi a decorrere dalla data del suo rilascio (vedi punto 3.4). Alla scadenza di tale validità potete chiederne il rinnovo all'istituzione del luogo di residenza dei vostri familiari (vedi punti 3.1 e 3.2).

c) Siete tenuto a notificare immediatamente all'organismo assicuratore, presso il quale siete iscritto, qualsiasi modifica verificatasi nelle indicazioni riportate nell'attestato in parola.

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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.

(3) Contrassegnare con una X il quadratino se i familiari sono a carico del lavoratore.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 106 ☐ (1)

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

Lavoratori subordinati e autonomi e familiari con loro residenti — Familiari di disoccupati

Reg. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 25.3.i
Reg. 574/72: art. 17.1 e 4; art. 27, prima frase

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e ne consegna due copie all'assicurato, oppure le trasmette, se del caso, tramite l'organismo di collegamento all'istituzione del luogo di residenza, qualora questa lo abbia richiesto. Quest'ultima istituzione — ricevute le copie dall'assicurato o dall'istituzione competente — compila la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica del diritto

1 Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione ..... Numero di codice (2 bis): .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

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

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....
2.4 Numero di identificazione (3 ter): .....
2.5 Il lavoratore ☐ è ☐ non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata
2.6 ☐ il lavoratore è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72

3 Familiare (4)

3.1 Cognome (3 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....

4 ☐ Il lavoratore sopraindicato ed i familiari (5) con lui residenti
4.1 ☐ I familiari (5) del disoccupato sopraindicato
5 hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal .....

6 Tale diritto si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 ☐ per un anno dalla data specificata al punto 5 (6)
6.3 ☐ fino al ..... compreso (7)

7 Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

7.4 Data: .....
7.5 Firma
.....

8 Istituzione competente per gli infortuni (8) (8 bis) (10)

8.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....
8.2 Indirizzo (3): .....
.....
8.3 Timbro

8.4 Data: .....
8.5 Firma
.....

B. Notifica dell'iscrizione (9)

9

9.1 ☐ Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
9.2 ☐ I familiari del disoccupato indicato al quadro 2
9.3 ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....
9.4 ☐ non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:
.....

10 Familiari iscritti

	Cognome (3 bis)	Nomi	Sesso F	Sesso M	Cognomi precedenti	Data di nascita
10.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11 Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione:
11.2 Indirizzo (3): .....
.....
11.3 Timbro

11.4 Data: .....
11.5 Firma
.....

E 106

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per la persona assicurata

a) *Il presente stampato dà diritto a beneficiare delle prestazioni di malattia e maternità*

— *a voi ed ai vostri familiari,* **se siete occupati;**

— *unicamente ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello nel quale siete assicurato,* **se siete disoccupati.**

b) *Se siete occupati, dovete consegnare le due copie del formulario al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo dove risiedete. Se siete disoccupati, il formulario deve essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.*

c) *I citati istituti di assicurazione malattia e maternità sono:*

in **Belgio,** *l'organismo scelto da voi («mutualité»);*

in **Danimarca,** *il competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen il «magistrat» e nel comune di Frederiksberg la «kommunalbestyrelse»;*

in **Germania,** *l'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

in **Spagna** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

in **Francia,** *la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, la «Société de secours minière» (Società di soccorso minerario);*

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

in **Italia,** *in linea di massima, l'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio che rilascia all'insteressato un libretto — modulario; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il Ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea;*

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

nei **Paesi Bassi,** *l'«Algemeen Nederlands Onderling Ziekefonds» (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), competente per il luogo di residenza;*

in **Portogallo, per il continente:** *il «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;* **per Madera:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

nel **Regno Unito,** *il «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministero della sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle-Upon-Tyne, oppure il «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Ente per la sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast, secondo i casi;*

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

in **Finlandia,** *l'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituzione di sicurezza sociale);*

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

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

in **Norvegia,** *il «Lokale trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*

in **Svezia,** *il «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza.*

d) *Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, il presente formulario è valido per il periodo indicato con una X nel riquadro 6, a partire dalla data riportata al punto 5.*

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

NOTE

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

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

(2) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.

(2 bis) Indicare, se noto.

(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 (momi, 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.

(4) Da compilare solo se lo stampato riguarda i familiari di un disoccupato. In questo caso indicare un solo familiare per consentire una loro registrazione, in quanto i familiari beneficiari sono designati dalla legislazione applicata dall'istituzione del luogo di residenza e saranno citati nella parte B del formulario.

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

(6) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione francese o italiana.

(7) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione greca o britannica per i lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

(8) Da compilare da parte delle istituzioni francesi di lavoratori autonomi.

(8 bis) Se il modulo è completato da una istituzione del Liechtenstein, si dovrà inserire il nome dell'assicuratore competente per gli infortuni sul lavoro.

(9) Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato rilasciato in precedenza, non occorre compilare la parte B.

(10) Qualora il Liechtenstein sia lo Stato competente, il costo delle prestazioni in natura relative ad un infortunio del lavoratore avvenuto non sul luogo di lavoro è sostenuto dall'istituzione assicurativa degli infortuni indicata nella casella 8.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 107 ☐ (1)

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2.; art. 22.1.a.i, b.i e c.i; art. 22.3; art. 25.1.a e 3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a; art 31.a; art. 52.a; art. 55.1. a.i, b.i e c.i
Reg. 574/72: art. 17.1; art. 20.2 e 3; art. 21.1; art. 22.1 e 3; art. 23; art. 27, prima frase; art. 28; art. 29.2; art. 30.1; art. 31.1 e 3; art. 60.1; art. 62.3, 4 e 7; art. 63.1 e 3

L'istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente secondo quanto previsto dagli articoli del reg. 574/72 sopraccitati. Detta istituzione — qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto — compila la parte B e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Per il Belgio, paese competente, lo stampato deve essere indirizzato all'istituzione di assicurazione malattia, a meno che non si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia di cui sia stato riconosciuto il carattere professionale.

A. Da compilare da parte dell'istituto di residenza o di dimora

1 Istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

.....

2

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

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

☐ Disoccupato ☐ Richiedente una pensione o rendita

2.1 Cognome (2 bis)

.....

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

2.3 Indirizzo attuale (2): .....

.....

2.4 Numero di identificazione (2 ter): .....

2.5 ☐ Titolare di pensione o rendita di ☐ Richiedente la

☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

N. ..... (3) categoria: ..... (3)

2.6 Istituzione debitrice della pensione o rendita

.....

3 ☐ Ultimo datore di lavoro (4) ☐ Ultima attività in qualità di autonomo (4)

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Tipo di azienda (5): .....

3.4 Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro (5 bis): .....

.....

.....

.....

4 Familiari (6)

4.1 Cognome (2 bis)	Nomi	Data di nascita	Numero di identificazione (2 ter)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Indirizzo (2) nel paese di residenza (7): .....
.....

5 Il ..... abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata
☐ al quadro 2 ☐ al quadro 4
per ottenere
5.1 ☐ la concessione di prestazioni in natura
5.2 ☐ la proroga del diritto alle prestazioni in natura
5.3 ☐ l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura
6 Le prestazioni in natura ☐ sono state concesse ☐ non sono state concesse
6.1 ai sensi dell'art. ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 del reg. 574/72
6.2 Il richiedente ☐ non ha più espletato un'attività
☐ ha espletato la seguente attività: .....
7 Si prega inviare l'attestato del diritto alle prestazioni — formulario E.....
valido dal ..... al .....
8 ☐ Si allega il rapporto medico (8)

9 Istituzione competente per gli infortuni nella vita privata

9.1 Denominazione: .....
9.2 Indirizzo(2): .....
.....
9.3 Timbro

9.4 Data: .....
9.5 Firma
.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente

10

10.1 ☐ Si allega il formulario del quale deve esserci resa una copia, compilata e firmata (9)

10.2 ☐ Si comunica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo
.....
.....

11 Istituzione competente

11.1 Denominazione: ..... Numero di codice (10): .....
11.2 Indirizzo (2): .....
.....
11.3 Timbro

11.4 Data: .....
11.5 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

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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. In mancanza, indicare «nulla». Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

(3) Da indicare solo nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.

(4) Da compilare solo se lo stampato si riferisce ad un lavoratore in attività o disoccupato.

(5) Da indicare solo se lo stampato riguarda un lavoratore in attività o disoccupato.

(5 bis) Per la Spagna: «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale).

(6) Da compilare solo nei casi di familiari per i quali è stata richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'istituzione. In quest'ultimo caso, indicare un solo componente del nucleo familiare.

(7) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.

(8) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.

(9) Ad uso delle istituzioni olandesi e se il tipo di formulario da rinviare lo consente.

(10) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» al verso

E 108 ☐ (1)

NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Residenti in un paese diverso da quello competente

Reg. 1408/71: art. 19.1.a e 2; art. 25.3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a
Reg. 574/72: art. 17.2 e 3; art. 27; art. 28; art. 29.5; art. 30; art. 94.4; art. 95.4

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'istituzione del luogo di residenza, eventualmente tramite l'organismo di collegamento. Quest'ultima istituzione compila la parte B e — al più presto — invia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica

1 All'istituzione destinataria

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

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

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

3 Familiare (3)

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

4 Il diritto attestato con il nostro modulo ..... del ..... (data) è stato sospeso/soppresso per il seguente motivo:

4.1 ☐ il lavoratore predetto non à più assicurato dal .....
4.2 ☐ la pensione predetta è sospesa/soppressa dal .....
4.3 ☐ tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, non risiedono più nel vostro paese dal .....
4.4 ☐ il titolare è deceduto il .....
4.5 ☐ (4) .....

0

5 Istituzione competente

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

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B. Avviso di ricezione della notifica

6 La notifica di cui alla parte A è perventuta alla sottoscritta istituzione in data

.....

7 ☐ La persona di cui alla parte A
☐ non ha più beneficiato
☐ non beneficerà più
di prestazioni a decorrere dal
.....

☐ Le persone di cui alla parte A
☐ non hanno più beneficiato
☐ non beneficeranno più

8 Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione: .....

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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 possible, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

(3) Da compilare esclusivamente nei casi in cui lo stampato notifichi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; in tal caso, indicare uno solo di essi.

(4) Indicare l'eventuale altro motivo (per esempio mancato versamento dei contributi per i lavoratori autonomi).

(5) Se esiste, indicare.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» a pagina 3

E 109 [ ] (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI E PER LA TENUTA DEGLI INVENTARI

Reg. 1408/71: art. 19.2
Reg. 574/72: art. 17.1, 2, 3 e 4; art. 94.4

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stampato stesso al lavoratore oppure invia tali copie, se del caso tramite l'organismo di collegamento, all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Qualora i familiari del lavoratore risiedano nel Regno Unito, l'istituzione competente trasmette i due esemplari al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-Upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza — ricevute le copie citate — compila la parte B del modulo e ne restituisce una copia all'istituzione competente. Nel caso in cui i familiari risiedano in paesi diversi, si compili un attestato per ciascuno dei paesi stessi.

A. Notifica del diritto

1 Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 [ ] Lavoratore subordinato [ ] Lavoratore autonomo [ ] Lavoratore stagionale subordinato [ ] Lavoratore frontaliero

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo (3): .....
.....
2.4 Numero di identificazione (3 ter) .....
2.5 Il lavoratore [ ] è [ ] non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata

2.6 [ ] Il lavoratore è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72

3 Familiare (4)

3.1 Cognome (3 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo (3): .....
.....

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

[ ] non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono (5)
[ ] vi esercitino un'attività professionale (5)

5 Questo diritto decorre dal .....

6 e si protrae

6.1 [ ] fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 [ ] per un anno dalla data specificata al punto 5 (6)
6.3 [ ] sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè
6.4 [ ] fino al (7) ..... incluso

7 Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis) .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione (8)

8 ☐ (9)

8.1 I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non hanno potuto essere iscritti perché

8.2 ☐ non esiste alcun familiare avente diritto

8.3 ☐ tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato

8.4 ☐ il coniuge o la persona che ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese (10)

8.5 ☐ non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto

8.6 ☐ (11) .....

9 ☐ (9)

9.1 I seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2 sono stati iscritti come aventi diritto alle prestazioni in natura

	9.2 Cognome (3 bis)	Nomi	Sesso F	Sesso M	Data di nascita	Numero di identificazione (3 ter)
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.9	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

9.10 L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, la data di decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 94 del reg. 574/72 è il

.....

10 Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 109

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il lavoratore

a) *Il presente stampato dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia o maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate.*

b) *Le due copie del presente stampato — appena in vostro possesso — devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare* **immediatamente** *all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo dove risiedono, 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 Frederiksberg alla «kommunalbestyrelse»;*

in **Germania,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale);*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, alla «Société de secours minière» (Società di soccorso minerario);*

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

in **Italia,** *in linea di massima, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;*

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

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

in **Portogallo, per il continente:** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale di sicurezza sociale) del luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo.*

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

in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale);*

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

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

in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontor» (Ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza;*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (Ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza.*

c) *Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, lo stampato in argomento è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 dello stampato, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*

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

NOTE

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

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

(2) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza.

(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.

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

(4) Indicare un solo familiare per consentire una loro registrazione in quanto i familiari beneficiari sono designati dalla legislazione applicata dall'istituzione del luogo di residenza e saranno citati nella parte B del formulario.

(5) Riportare una X nel quadratino precedente, se il formulario è destinato ad una istituzione danese, irlandese, italiana, portoghese, del Regno Unito, finlandese, islandese, norvegese o svedese.

(6) Se lo stampato è emesso da un'istituzione tedesca, francese o italiana.

(7) Se lo stampato è emesso da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione del Regno Unito o Grecia di lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

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

(9) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.

(10) Riportare, se del caso, una X, nel quadratino precedente, qualora la parte B sia compilata da una istituzione irlandese, danese, del Regno Unito, finlandese, islandese, norvegese o svedese.

(11) Altri motivi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» a pagina 2 e 3

E 110 [ ] (1)

ATTESTATO PER LAVORATORI SUBORDINATI ADDETTI AI TRASPORTI INTERNAZIONALI

Reg. 1408/71: art. 14.2.a; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i
Reg. 574/72: art. 20.1; art. 62.1

Il modulo deve essere compilato ed eventualmente convalidato dal datore di lavoro e consegnato al lavoratore.

A. Attestato iniziale

1 Lavoratore

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognomi precedenti (1 bis) .....

1.3 Data di nascita ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 ter) .....

1.4 Indirizzo abituale (2):
.....

2 Familiari che accompagnano il capofamiglia

	Cognome (1 bis)	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita
2.1	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....

3 Istituzione competente per l'assicurazione

3.1 infortuni sul lavoro (denominazione, indirizzo) (2):
.....

3.2 malattie professionali (denominazione, indirizzo) (2) (3):
.....

4 Il sottoscritto attesta che il soprannominato lavoratore subordinato di cui sopra è al suo servizio dal .....

5	Datore di lavoro

5.1 Nome o ragione sociale: .....

5.2 Attività dell'impresa: .....

5.3 Indirizzo (2): .....

.....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

6	Organismo competente per l'assicurazione malattia e maternità (4) (5)

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 Numero di matricola del lavoratore subordinato: .....

6.4 Data: .....

6.5 Firma del lavoratore subordinato

.....

6.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

B. Convalide successive (6)

7 Il datore di lavoro indicato al riquadro 5 attesta che il lavoratore menzionato in precedenza è ancora alle sue dipendenze alla data sottoindicata.

8 Data	8.1 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il lavoratore

a) Il presente documento è valido durante il mese di emissione o nei due mesi civili successivi (vedi punti 5.5 e 8).

b) Nei limiti della predetta validità esso consente a voi, ed ai vostri familiari al quadro 2, di beneficiare delle prestazioni in natura nello Stato membro dove vi trovate nell'esercizio del vostro lavoro.

c) Quando sono necessarie prestazioni in natura, dovete produrre quanto prima il presente documento all'istituto di assicurazione del paese ove vi trovate, e cioè:

— **in caso di malattia o maternità:**

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenhagen al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg alla «kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica e i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. 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,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

in **Spagna,** *ai servizi medici e ospedalieri del sistema sanitario spagnolo di sicurezza sociale. Il formulario dovrà essere esibito con 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,** *in linea di massima, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio, de rilascia 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. Si può ottenere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

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

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è stata richiesta l'assistenza;*

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

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. Particolari possono essere ottenuti rivolgendosi agli uffici del «kansaneläkelaitos»;*

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

nel **Lichtenstein,** *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'istituto menzionato. Qualora si desideri ricevere assistenza è necessario esibire il formulario;*

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 caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale:**

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

in **Danimarca,** *vedi qui sopra, per i casi di malattia o di maternità;*

in **Germania,** *all'istituzione di assicurazione infortuni competente per il luogo di dimora;*

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

in **Spagna,** *ai servizi medici e ospedalieri del sistema sanitario di assicurazione sociale spagnolo. È necessario esibire il formulario con 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,**

a) per le prestazioni in natura, all'unità sanitaria locale (USL) competente per territorio.

b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni (INAIL);

in **Lussemburgo,** *all'«Association d'assurance contre les accidents» (Associazione di assicurazione contro gli infortuni);*

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;*

in **Portogallo** *alla «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali) a Lisbona;*

nel **Regno Unito,** *al servizio (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;*

in **Austria,** *alla «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale), competente per il luogo di dimora o all'«Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (Ufficio assicurativo per gli infortuni), Vienna;*

in **Finlandia,** *al «Tapaturmavakuutuslaitosten liitto» (Federazione delle istituzioni di assicurazione contro gli infortuni);*

in **Islanda,** *al «tryggingastofnun rikisins», Reykjavik;*

nel **Liechtenstein,** *all'ufficio dell'economia nazionale, Vaduz;*

in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontoret» (ufficio assicurativo locale). È possibile ottenere assistenza dal servizio medico senza contattare preventivamente l'istituzione citata. Sarà obbligatorio esibire il formulario;*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale). È possibile ottenere assistenza medica (ospedali, medici, dentisti, ecc.) senza contattare preventivamente tale istituzione.*

d) Siete tenuto a compilare il quadro 6 dello stampato, qualora il vostro datore di lavoro non vi abbia già provveduto.

e) Per ottenere prestazioni in natura, in luogo del presente stampato, potete esibire un modulo E 111.

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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 spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

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

(3) Da compilare esclusivamente se si tratta di una istituzione diversa da quella di cui al quadro 3.1.

(4) Se, a norma della legislazione dello Stato competente, il datore di lavoro non è tenuto a conoscere l'istituzione competente per l'assicurazione malattia e maternità, il quadro deve essere compilato dal lavoratore.

(5) Per i Paesi Bassi si indichi la cassa malattia («ziekenfonds»).

(6) La presente parte può essere utilizzata solo qualora non sia intervenuta alcuna variazione rispetto alle notizie fornite nella parte A.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni»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. 22.3; art. 31.a
Reg. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 e 3

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

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

[Cognome (1 bis), cognomi precedenti (1 bis), D.N.I. (2 bis), indirizzo (2)]

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

1.2 ☐ Questa persona è assicurata in un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72

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 .....

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	4.10 Convalida dal ..... al .....
4.7 Timbro 4.8 Data:	4.11 Timbro 4.12 Data: .....
4.9 Firma	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 per i familiari

a) *Il presente documento consente:*
   - *al lavoratore subordinato o autonomo e ai suoi familiari elencati al quadro 2 che si trovino temporaneamente in un paese diverso dallo Stato competente e*
   - *al titolare di pensione ed 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 e maternità ed anche a titolo provvisorio, in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale. Tuttavia, il presente documento non dà diritto a prestazioni in natura qualora l'obiettivo del viaggio sia di ricevere prestazioni mediche all'estero.

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 Frederiksberg 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,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

in **Spagna** *ai servizi ospedaliari e medici del sistema spagnolo sanitario della sicurezza sociale. Si dovrà esibre 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 «Caisse de maladie des ouvriers» (Cassa malattia degli operai);*

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;*

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

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 **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;*

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

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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. In mancanza, indicare «nulla».

(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.

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

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

E 111 **B**

REGIME LAVORATORI AUTONOMI

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 per i familiari

a) *Il presente documento consente:*
   - *all'assicurato e ai familiari elencati al quadro 2, che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso dallo Stato competente,*
   - *al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari indicati al quadro 2 che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso da quello ove risiedono abitualmente,*

   di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto paese di dimora, le prestazioni in natura soltanto in caso di ricovero ospedaliero.

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 Frederiksberg alla «kommunalbestyrelse». Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni;*

   in **Germania,** *all' «AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

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

   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 **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;*

   in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) 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 ed Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Leggere le «Istruzioni» a pagina 3

E 112 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL MANTENIMENTO DELLE PRESTAZIONI IN CORSO DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Reg. 1408/71: art. 22.1.b.i; art. 22.1.c.i; art. 22.3; art. 31
Reg. 574/72; art. 22.1 e 3; art. 23

Le istituzioni competenti o l'istituzione del luogo di residenza del pensionato o del suo familiare trasmetteranno il presente formulario alla persona assicurata o al pensionato o al suo familiare. Ove l'assicurato o il pensionato si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia dello stampato anche al «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate», Newcastle-upon-Tyne.

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

1.1 Cognome (1 bis)
.....

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

1.3 Indirizzo nel paese competente (2):
.....
.....

1.4 Indirizzo nel paese ove l'interessato si trasferisce (2) (3):
.....
.....

1.5 Numero di identificazione (3 bis): .....

1.6 ☐ L'interessato è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72

2 Familiare che si trasferisce

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....

2.3 Indirizzo nel paese competente (2) (4):
.....
.....

2.4 Indirizzo nel paese in cui si trasferisce (2):
.....

2.5 Numero di identificazione (3 bis): .....

3 La persona indicata ☐ al quadro 1 ☐ al quadro 2
è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità
☐ dell'assicurazione malattia-maternità ☐ dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5)

in ..... (Stato), ove si reca

3.1 ☐ per stabilire la propria residenza

3.2 ☐ per ricevere cure presso
..... (6)
.....
o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche

3.3 ☐ per inviare campioni biologici da analizzare

4 In virtù del presente attestato le predette prestazioni possono essere concesse

4.1 dal ..... al ..... incluso

4.2 dal ..... al ..... incluso, unicamente in caso di ricovero ospedaliero (7).

E 112

5	Il rapporto del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 ☐ è stato inviato il ..... a [8] .....

.....

5.3 ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

5.4 ☐ non è stato compilato

6	Istituzione competente

6.1 Denominazione: ..... Numero di codice [9]: .....

6.2 Indirizzo [2]: .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 112

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.

Avvertenze per l'assicurato

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

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg alla «kommunalbestyrelse». In caso di necessità di cure, presentate il formulario all'istituzione sanitaria che le fornisce;*

in **Germania,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

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

in **Spagna,** *ai servizi sanitari ospedalieri del sistema sanitario di sicurezza sociale spagnolo. È necessario esibire il modulo con 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;*

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

nei **Paesi Bassi,** *in caso di trasferimento di residenza, alla cassa di malattia competente per il luogo di residenza e, in caso di soggiorno temporaneo, all' «ANOZ Verzekeringen» (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*

in **Portogallo, per il continente:** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera,** alla *«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;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza.*

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

in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale). Il formulario dovrà essere esibito al centro sanitario municipale o all'ospedale pubblico che fornisce il trattamento;*

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);*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale).*

Il formulario verrà presentato all'istituzione che fornisce la cura.

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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.

(3) Da compilare solo se l'attestato è valevole per il lavoratore o il pensionato.

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

(4) Da compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello del lavoratore o del pensionato.

(5) Da compilare da parte delle istituzioni francesi di lavoratori agricoli autonomi.

(6) Da precisare, se del caso.

(7) Da compilare da parte delle istituzioni belghe di lavoratori autonomi.

(8) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.

(9) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» al verso

E 113 ☐ (1)

RICOVERO OSPEDALIERO — NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; 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)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)
☐ 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 (2 bis)

.....

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. 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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Sverzia.

(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. In mancanza, indicare «nulla». 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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» al verso

E 114 ☐ (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 24; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; 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)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)
☐ 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

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria, FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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.

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. 25.1.b.; 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 (3 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

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): .....
.....
12.4 Timbro

12.4 Data: .....
12.5 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.

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda: FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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 Peasi 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.

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. 25.1.b; art. 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 ..... Cognome 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 (3) ☐ di maternità (data probabile del parto: .....)

4.2 che si tratta presumibilmente

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

4.3 ☐ di ricaduta o aggravamento

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 ..... (5bis)

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) .....

.....

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(2bis) 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.

(5bis) 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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» al verso

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. 25.1.b; 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 ..... Cognome 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 .....

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

([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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

([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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» al verso

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. 25.1.b; 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
.....

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'Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda: FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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.

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: .....
.....

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, il 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. **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.

12. **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).

13. **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.

14. **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.

15. **ISLANDA**

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

16. **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.

17. **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.

18. **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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» 3 e 4

E 119 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO DEI DISOCCUPATI E DEI LORO FAMILIARI ALLE PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Reg. 1408/71: art. 25.1 e 3.i
Reg. 574/72: art. 26.i

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

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Referimento: vostro modulo: ☐ E 107 del ..... ☐ E 115 del .....

2 Disoccupato

2.1 Cognome (3 bis)

.....

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

2.3 Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro (3)

.....

.....

2.4 Numero di identificazione: .....

3 Ultimo datore di lavoro, eventualmente

3.1 Nome: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

4 La persona sopraccitata ha diritto alle prestazioni di malattia e maternità

☐ in natura per sé

☐ in denaro per sé

☐ in natura per i familiari

a condizione che l'istituzione di assicurazione disoccupazione del paese ove la persona stessa si è trasferita in cerca di lavoro abbia fornito all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese medesimo, mediante il modulo E 303/3, l'attestato previsto all'articolo 26.2, primo capoverso del reg. 574/72.

5 Le prestazioni in natura possono essere erogate

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

5.2 ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso

per ..... giorni ..... settimane

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

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

6.2 ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso

per ..... giorni ..... settimane

7 Le suddette prestazioni in denaro saranno versate

7.1 ☐ da noi

7.2 ☐ da voi, per nostro conto (3 ter)

E 119

8

8.1 L'indennità dovrà essere corrisposta

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

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

9 (4)

9.1 L'importo giornaliero netto di tale indennità:

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

9.3 ☐ è di ..... (5) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale

è di ..... (5) se ricoverato in ospedale

10 Istituzione competente (6)

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7): .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 119

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il disoccupato

a) *Oltre che del presente formulario, dovete essere in possesso di un esemplare del formulario E 303/3, di cui il punto 7 sarà stato compilato dall'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione del paese in cui cercate lavoro.*

Per ottenere le prestazioni di malattia in natura per voi e per i vostri familiari dovete rivolgervi al seguente istituto assicuratore:

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica ed i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il formulario deve 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,** *all'«AOK» (cassa locale generale di malattia);*

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

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza. Per la richiesta di prestazione rivolgersi ai servizi sanitari ed ospedalieri del sistema spagnolo di assicurazione sociale malattia; il modulo va esibito 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 la prestazione;*

in **Italia,** *all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;*

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

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

in **Portogallo, per il continente,** *all'«Administração Regional de Saúde» (amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Saúde Publica» (direzione generale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (direzione regionale della sanità) a Angra do Heroísmo;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;*

in **Austria,** *al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o di dimora;*

in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), in caso di richiesta di risarcimento delle spese mediche sostenute nel settore privato. Prestazioni in natura possono essere ottenute dai centri sanitari municipali e dagli ospedali pubblici mediante esibizione del presente modulo;*

in **Islanda,** *al «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 residenza o dimora. L'assistenza sanitaria si può ottenere senza contattare preventivamente l'istituzione in questione. In caso di assistenza è necessario esibire il modulo;*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o dimora. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, dentisti, ecc.) si può ottenere senza contattare preventivamente tale istituzione.*

b) *Per ottenere, per voi, le prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro o di ricovero in ospedale, dovete presentare (a meno che vi troviate nei Paesi Bassi), i formulari citati alla lettera a) e produrre inoltre il certificato di inabilità al lavoro del vostro medico curante:*

- *ove siate in Belgio, Germania, Spagna, Francia, Italia, Lussemburgo, Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia, all'istituto di assicurazione di cui allo stesso punto a);*
- *ove siate in Danimarca, alla «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (commissione sociale e sanitaria) comunale e, nei comuni di Copenaghen, Odense, Ålborg e Århus al «magistrat» (amministrazione comunale);*
- *ove siate in Irlanda, al «Department of Social Welfare, EC Record Section» (ministero della previdenza sociale, servizio archivi CEE) Dublino 2;*
- *ove siate nei Paesi Bassi, dovete dichiarare l'inabilità al lavoro alla sede del «Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK)» (ufficio amministrativo comune) che vi eroga le prestazioni di disoccupazione;*
- *ove siate in Portogallo,* **per il continente:** *al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale di sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*
- *ove siate nel Regno Unito, al «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministero della sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, oppure al «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (ente per la sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast.*

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(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.

(3 ter) Se il presente modulo è inviato ad un'istituzione italiana, non si deve contrassegnare questa casella ma unicamente la casella 7.1.

(4) Il riquadro è da compilare solo nell'ipotesi che le prestazioni in denaro debbano essere versate all'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

(5) Indicare l'importo nella valuta del paese competente.

(6) Ove il presente formulario sia compilato da una istituzione dei Paesi Bassi, le prestazioni in natura sono a carico dello «Ziekenfondsraad» (consiglio delle casse malattia) di Amstelveen; le prestazioni in denaro sono a carico dell'istituzione che emette il formulario.

(7) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

E 120 ☐ (1)

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

Reg. 1408/71: art. 26.1
Reg. 574/72: art. 28

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato, il quale le deve presentare all'istituzione del suo luogo di residenza. Ove il richiedente la pensione risieda nel Regno Unito, si trasmettano le due copie dello stampato direttamente al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie, compila la parte B del modulo e trasmette un esemplare del modulo medesimo all'istituzione che figura al quadro 6. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'istituzione che deve compilare i quadri 5 e 6.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 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 (3): .....
.....
2.4 Numero di identificazione (3 ter): .....

3 Da compilarsi da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione o rendita

3.1 La persona sopraindicata, in data .....
ha presentato domanda di pensione o rendita per
☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale
3.2 (4) ☐ Dall'esame di tale domanda risulta che la persona predetta può ottenere una pensione a carico della sottoscritta istituzione

4 Istituzione che compila il quadro 3

4.1 Denominazione: .....
4.2 Indirizzo (3): .....
.....
4.3 Timbro

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

5 Da compilarsi da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione o rendita, o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda (6)

5.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria (4 bis): .....

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

5.3 ☐ a decorrere dal ..... e fino a quando sarà inviato l'annullamento del presente attestato

5.4 ☐ per un anno a decorrere dal .....

6 Istituzione che compila il quadro 5 (6)

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

Notifica della iscrizione o della non-iscrizione

7 (5) ☐

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

.....

.....

8 (5) ☐

8.1 Numero di codice dell'istituzione del luogo di residenza (4 bis): .....

8.2 La persona indicata al quadro 2 è stata iscritta presso la sottoscritta istituzione, unitamente ai seguenti familiari, in data

.....

9 Familiari iscritti

	Cognome (3 bis)	Nomi	Sesso F	Sesso M	Cognomi precedenti	Data di nascita
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10	Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 120

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per l'assicurato

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

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

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune« (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse»;*

in **Germania,** *all'«AOK» (cassa locale generale di malattia);*

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

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza; per ottenere prestazioni, rivolgersi ai servizi sanitari e ospedalieri del sistema sanitario spagnolo di sicurezza sociale. Dovrà essere esibito il modulo con 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 la prestazione;*

in **Italia,** *all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;*

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

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

in **Portogallo, per il continente,** *al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

in **Austria,** *al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*
in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale);*
in **Islanda,** *al «tryggingastofnun rikisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

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

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

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza. L'assistenza del servizio medico (ospedale, medici, dentisti, ecc.) si può ottenere senza contattare preventivamente tale istituzione.*

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

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza.

(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.

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

(4) Riportare, se del caso, una X nel quadratino.

(4 bis) Indicare, se esiste.

(5) Dei due riquadri 7 e 8 compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

(6) In Italia le caselle 5 e 6 devono essere completate esclusivamente dall'USL o dal ministero della sanità.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

E 121 ☐ (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA E PER LA TENUTA DEGLI INVENTARI

Reg. 1408/71: art. 28.1.a
Reg. 574/72: art. 29.1, 2 e 3; art. 95.4

L'istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, secondo quanto previsto al paragrafo 2 dell'articolo 29 del reg. 574/72, compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Ove il titolare di pensione risieda nel Regno Unito, si trasmettano i due esemplari direttamente al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'istituzione che compila i quadri 5 e 6. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 6.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

2

☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)

☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (3 bis)

.....

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

2.3 Indirizzo nel paese di residenza (3) .....

.....

2.4 Data dell'eventuale trasferimento: .....

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

2.6 ☐ Il titolare di pensione o rendita è soggetto al regime di lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del reg. 574/72

3 Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita

3.1 La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita

☐ di vecchiaia ☐ d'invalidità ☐ ai superstiti

☐ d'infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale

3.2 a decorrere dal .....

3.3 Numero della pensione o della rendita: .....

4 Istituzione che compila il quadro 3

4.1 Denominazione: .....

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

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

5 Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione o rendita ([7])

5.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria ([4 bis]): .....

5.2 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....

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

5.4 a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

5.5 ☐ A seguito del rilascio del presente attestato, cessa la validità del modulo E 120 emesso il

.....

6 Istituzione che compila il quadro 5 ([7])

6.1 Denominazione: .....

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

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B. Notifica della iscrizione o della non-iscrizione

7 ([5]) ☐

7.1 La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti

7.2 ☐ in quanto la persona suindicata ha già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato

7.3 ☐ Altri motivi .....

.....

.....

8 ([5]) ☐

8.1 La persona indicata al quadro 2 (unitamente ai familiari) è stata iscritta come avente diritto alle prestazioni in natura

8.2 Familiari iscritti ([6])

8.3	Cognome ([3 bis])	Nomi	Sesso F	Sesso M	Cognomi precedenti	Data di nascita
8.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.9	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.10	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.11	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

8.12 L'onere delle citate prestazioni è a carico dell'istituzione in indirizzo; la decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'articolo 95 del regolamento 574/72 è il .....

8.13 Numero di codice dell'istituzione del luogo di residenza ([4 bis]): .....

9 Istituzione del luogo di residenza

9.1 Denominazione: .....

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

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

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

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse»;*

in **Germania,** *all'«AOK» (cassa locale generale di malattia);*

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

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezzaa sociale) competente per il luogo di residenza;*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia); se il quadro del punto 2.6 è contrassegnato, all'istituzione convenzionata;*

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

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

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

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

in **Portogallo, per il continente,** *al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzore,** *alla «Direcção Regional de Segurança social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

in **Austria,** *al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*

in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale);*

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 residenza;*

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

b) *Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione al quale avrete presentato il modulo di qualsiasi variazione verificatasi nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni trasferimento vostro o di un componente della vostra famiglia.*

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(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.

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

(4) In Francia, il quadro relativo ai lavoratori autonomi è compilato dall'istituzione di assicurazione malattia-maternità.

(4 bis) Indicare, se esiste.

(5) Dei due riquadri 7 e 8, compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

(6) Da compilare solo da parte delle istituzioni olandesi.

(7) In Italia le caselle 5 e 6 devono essere completate esclusivamente dall'USL o dal ministero della sanità.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 122 ☐ (1)

ATTESTATO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI IN NATURA AI FAMILIARI DI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA

Reg. 1408/71: art. 29.1.a
Reg. 574/72: art. 30.1

L'istituzione di assicurazione malattia del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita compila la parte A del modulo e ne consegna due esemplari al titolare, oppure li trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari se il formulario è compilato su richiesta di quest'ultima. Se i familiari risiedono nel Regno Unito, si trasmettano i due esemplari direttamente al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza, dopo aver ricevuto i due esemplari sopraccitati, ne compila la parte B e trasmette un esemplare all'istituzione di assicurazione malattia del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita. Qualora i familiari risiedano in più paesi, si compili un attestato differente per ciascun paese.

A. Notifica del diritto

1 (2) All'istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

2 ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (3 bis)

.....

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

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

2.4 Numero di identificazione (4): .....

3 Familiare (4 bis)

3.1 Cognome (3 bis)

.....

3.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

3.3 Indirizzo (3). .....

.....

3.4 Numero di identificazione (4). .....

4 La predetta persona ha diritto, per sé e per i propri familiari, alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità

5 Agli effetti della concessione delle citate prestazioni a detti familiari, il presente attestato è valido

☐ dal ..... fino a quando non sia notificato il suo annullamento

☐ per 12 mesi dal ..... (5)

☐ fino al (6) ..... incluso

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: ..... Numero di codice (8): .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione

7 (7) ☐ I familiari del titolare di pensione o rendita, indicato al quadro 2, non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione

per il seguente motivo:

.....

.....

8 (7) ☐ Sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione i seguenti familiari del titolare di pensione o rendita indicato al quadro 2

9 Familiari iscritti

	Cognome (3 bis)	Nomi	Sesso F	Sesso M	Data di nascita	Numero di identificazione (4)
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice (8): .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 122

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

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

a) *Il presente modulo dà diritto ai vostri familiari al beneficio delle prestazioni in natura per malattia e maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate.*

b) *I due esemplari del modulo — non appena in vostro possesso — devono essere da voi inviati ai vostri familiari, i quali li devono presentare immediatamente ad uno dei seguenti istituti di assicurazione:*

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité):*

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse»;*

in **Germania,** *all'«AOK» (cassa locale generale di malattia);*

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

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale); per ottenere le prestazioni è necessario rivolgersi ai servizi medici ospedalieri del sistema sanitario di sicurezza sociale spagnolo. Dovrà essere esibito il modulo unitamente a 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 la prestazione;*

in **Italia,** *all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;*

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

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

in **Portogallo, per il continente,** *al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

in **Austria,** *al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale);*
in **Finlandia,** *all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale);*
in **Islanda,** *al «tryggingastofnun rikisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;*

in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontor» (ufficio assicurativo locale);*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale).*

c) *Il modulo è valido dalla data e per la durata indicata al punto 5.*

d) *I vostri familiari sono tenuti ad informare l'istituto di assicurazione, al quale è stato presentato il modulo, di qualsiasi variazione, intervenuta nella loro situazione, che faccia modificare il loro diritto alle prestazioni in natura, in particolare il trasferimento di residenza.*

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(2) Da compilare unicamente quando il formulario è compilato su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

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

(4 bis) Indicare un solo familiare per consentire loro di essere registrati in quanto i familiari beneficiari sono designati dalla legislazione applicata dall'istituzione del luogo di residenza e saranno menzionati nella parte B del modulo.

(5) Se il modulo è emesso da un'istituzione francese.

(6) Se lo stampato è emesso da un'istituzione francese di lavoratori autonomi.

(7) Delle due indicazioni, di cui ai punti 7 e 8, fornire quella che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

(8) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» a pagina 3

E 123 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Reg. 1408/71: art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i e c.i
Reg. 574/72: art. 60.1; art. 62.4 e 6; art. 63.1 e 3

Il modulo — qualora sia stato richiesto, mediante un modulo E 107, dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato — deve essere inviato all'istituzione stessa; negli altri casi, deve essere consegnato al lavoratore. Ove quest'ultimo si rechi nel Regno Unito, si trasmetta un formulario anche al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne.

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

2 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo

2.1 Cognome (3 bis)

.....

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

2.3 Indirizzo nel paese competente (3)

.....

.....

2.4 Indirizzo nel paese ove si reca l'interessato (3)

.....

.....

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

3 A seguito

3.1 ☐ di quanto da voi notificato mediante i moduli E 107 del .....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

4 al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura

☐ per infortunio sul lavoro ☐ per malattia professionale

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

4.2 ☐ sino al .....

4.3 ☐ per un massimo di tre mesi

4.4 ☐ senza limite di tempo

5 Il rapporto riservato del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 ☐ è stato inviato il ..... a (4) .....

.....

5.3 ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

5.4 ☐ non è stato compilato

6 Istituzione competente

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

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 123

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

Avvertenze per l'assicurato

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

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

in **Danimarca,** *alla competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». In caso di soggiorno temporaneo, si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica e di medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il locale ufficio sociale e di sanità, «social- og sundhedsforvaltning» fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere. Per le cure, il formulario dev'essere presentato al servizio che le presta;*

in **Germania,** *all'«istituto assicurativo contro gli infortuni» competente per il luogo di residenza o di dimora;*

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

in **Spagna,** *ai servizi sanitari e ospedalieri del sistema sanitario di sicurezza sociale spagnolo. È necessario esibire il modulo con 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 la prestazione;*

in **Italia,**

a) in linea di massima, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, al ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio;

b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

in **Lussemburgo,** *alla «Association d'assurance contre les accidents» (associazione di assicurazione contro gli infortuni);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una cassa malattia del luogo di residenza o in caso di dimora temporanea all'«ANOZ Versekeringen» (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

in **Portogallo,** *alla «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali) a Lisbona;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;*

in **Austria,** *al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o di dimora o all'«Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (istituto di assicurazione generale contro gli infortuni), Vienna;*

in **Finlandia,** *al «Tapaturmavakuutuslaitosten liitto» (federazione delle istituzioni di assicurazione contro gli infortuni);*

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

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

in **Norvegia,** *al «Lokale trygdekontoret» (ufficio assicurativo locale). Si può richiedere l'assistenza senza contatti preliminari con l'istituzione predetta;*

in **Svezia,** *al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale). Si può richiedere l'assistenza del medico (ospedali, medici, dentisti, ecc.) direttamente senza contatti preliminari con dette istituzioni.*

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(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.

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

(4) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

(5) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «Istruzioni» 2 e 3

E 124 ☐ (1)

DOMANDA DI ASSEGNI IN CASO DI MORTE

Reg. 1408/71: art. 65
Reg. 574/72: art. 78

1 Il sottoscritto

1.1 Cognome (1 bis)
.....

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

1.3 Numero di identificazione (2) (2 ter): .....

1.4 Assicurato presso l'istituzione (2) (3): .....
.....

1.5 Rapporto di parentela con il defunto: .....

1.6 Indirizzo (4): .....
.....

2 chiede il beneficio di un assegno per il decesso del seguente (5)

3
☐ lavoratore
☐ lavoratore autonomo
☐ familiare
☐ titolare di pensione o rendita
☐ richiedente la pensione o rendita

3.1 Cognome (1 bis)
.....

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

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

3.4 Data del decesso: .....

3.5 Causa del decesso (6)
☐ malattia ☐ incidente ☐ infortunio sul lavoro
☐ malattia professionale
☐ altra causa

3.6 Istituzione presso la quale era assicurato (2) (3): .....
.....

4 Il sottoscritto ☐ era ☐ non era a carico del defunto

5 Il defunto ☐ era ☐ non era a carico del sottoscritto

6 Il defunto ☐ era ☐ non era alloggiato dietro compenso
☐ dalla persona che richiede l'assegno
☐ in un istituto del quale la persona che richiede l'assegno è gerente, membro del personale o ospite (7)

7 La persona che presenta domanda di assegno ☐ è ☐ non è impresario di pompe funebri, incaricato o mandatario di un impresario di pompe funebri (7) (8)

8 Le spese funerarie ammontano a (9) ..... e sono state sostenute da .....

9 Sono allegati i seguenti documenti: .....
.....
.....
.....

10 Versare l'importo dovuto sul mio conto n. .....
presso la ..... a ..... (10)

11 Data: .....

11.1 Firma
.....

E 124

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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il richiedente

a) *Per beneficiare dell'assegno in caso di morte dovete rivolgere domanda, mediante il presente modulo:*
   — *o all'istituzione competente*
   — *o all'istituzione del luogo in cui vi trovate, che è:*
   in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité);*
   in **Danimarca,** *il «Sundhedsministeret» (ministero della sicurezza sociale), Copenaghen;*
   in **Germania,** *l'«AOK» (cassa locale generale di malattia);*
   in **Grecia,** *l'ufficio locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA);*
   in **Spagna,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;*
   in **Francia,** *l'istituzione che corrisponde o corrisponderebbe le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia;*
   in **Irlanda,** *il «Department of social Welfare» (ministero della previdenza sociale), Dublino;*
   in **Italia,** *la sede provinciale dell'INAIL;*
   in **Lussemburgo,** *la «Union des Caisses de maladie» (unione casse malattia);*
   in **Portogallo, per il continente,** *il «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*
   in **Austria,** *il «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;*
   in **Finlandia,** *il «kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), Helsinki, ufficio locale P.O. Box 00601 Helsinki;*
   in **Islanda,** *il «tryggingastofun rikisins», Reykjavik;*
   nel **Liechtenstein,** *l'ufficio dell'economia nazionale;*
   in **Norvegia,** *il «Lokale trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza o dimora;*
   in **Svezia,** *il «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o dimora.*

b) *Alla domanda dovete allegare i seguenti documenti:*

per il **Belgio,**	*un estratto dell'atto di morte, rilasciato dall'amministrazione comunale;* *le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;* *un documento che comprovi il rapporto di parentela diretta o acquisita oppure, eventualmente, la convivenza con il defunto;*
per la **Danimarca,**	*l'atto di morte;* *leggere attentamente le «veileoning» om ansøgning for begravelseshalp» (istruzioni per richiesta di indennità in caso di morte) che verranno inviate in un secondo tempo;*
per la **Germania,**	*l'atto di morte;*
per la **Grecia,**	*l'atto di decesso; il libretto sanitario; documenti assicurativi; eventualmente, le fatture quietanzate delle spese funerarie;*
per la **Spagna,**	*il certificato di morte;* *l'attestazione del rapporto di parentela* **o** *la ricevuta del saldo delle spese funerarie, qualora il richiedente non abbia rapporti di parentela con il defunto;*
per la **Francia,**	— **per tutti i casi,** *il «bulletin de décès» (certificato di morte) dell'assicurato;* — **inoltre** *secondo i casi:* — *se siete il marito o la moglie dell'assicurato, la «fiche familiale» (scheda di famiglia) dello stato civile;* — *se siete un suo discendente (figlio, figlia, nipote, ecc.), la «fiche familiale» dello stato civile recante il vostro grado di parentela;* — *se siete un suo ascendente (padre, madre, nonno, ecc.), la sua «fiche individuelle» (scheda individuale) dello stato civile;* — *se eravate a carico suo per altri motivi, un attestato sull'onore che indichi che eravate a suo carico totale, effettivo e permanente;*
per **l'Irlanda,**	*il certificato di morte;* *se del caso, il certificato di matrimonio;* *il preventivo o il saldo delle spese funerarie o la ricevuta delle suddette spese, ove siano già state pagate;*
per **l'Italia,**	*certificato di morte;* *documento d'iscrizione all'assicurazione;* *eventualmente, lo stato di famiglia;*

per il **Lussemburgo,**	*l'atto di morte;* *le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;* *se del caso, un certificato dell'amministrazione comunale che attesti la comunità domestica;*
per il **Portogallo,**	*— in tutti i casi, il certificato di morte e la ricevuta del saldo delle spese funerarie;* *— inoltre, secondo il caso,* *— se si tratta del coniuge del defunto o un suo discendente, il certificato di nascita completo;* *— se si tratta di un ascendente a carico del defunto, una copia della dichiarazione dei redditi;*
per **l'Austria,**	*il certificato di morte;* *le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Finlandia,**	*il certificato di morte;* *documenti che comprovino il rapporto con il defunto;* *se il richidente è un impresario di pompe funebri, una lettera del legale della persona che ha diritto alle prestazioni;*
per il **Liechtenstein,**	*il certificato di morte;* *il certificato attestante la causa del decesso;* *le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;*
per la **Norvegia,**	*il certificato di morte;*
per la **Svezia,**	*il certificato di morte;* *il certificato che attesti le cause del decesso.*

NOTE

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

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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) Da indicare solo se si tratta di un lavoratore oppure di un titolare (o richiedente) di una pensione o rendita.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, titolari di o richiedenti una pensione o rendita, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI), anche se è scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2 ter) A vantaggio dell'istituzione finlandese, indicare il numero del registro della popolazione (identità) nel caso in cui il richiedente sia una persona fisica.

(3) Indicare la denominazione e l'indirizzo.

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

(5) Ad uso delle istituzioni portoghesi, compilare il foglio intercalare.

(6) In caso di una richiesta dell'indennità di morte in conformità della legislazione del Liechtenstein e svedese, la causa del decesso dovrà essere o per «infortunio sul lavoro» o per «malattia professionale».

(7) Da completarsi qualora l'assegno di morte sia chiesto ai sensi della legislazione belga e la persona che lo richiede non sia il coniuge, un parente diretto o acquisito fino al terzo grado del defunto.

(8) Se il richiedente è un imprenditore di pompe funebri, dovrà essere inviata una lettera del legale della persona che ha diritto a percepire le prestazioni, qualora la prestazione sia richiesta in base alla legislazione finlandese.

(9) Indicare l'importo nella moneta del paese di residenza del richiedente.

(10) Non si applica alle istituzioni irlandesi.

E 124 intercalare

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI
AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

1 Coniuge

1.1 Stato civile

☐ Vedovo/a ☐ Risposato/a ☐ Divorziato/a

1.2 Al momento del decesso, viveva sotto il tetto coniugale ed era a carico del/della defunto/a?

☐ Sì ☐ No

2 Figli aventi diritto agli assegni familiari

	Cognome	Nomi	Rapporto di parentela	Data di nascita	Grado di istruzione	Figlio minorato
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

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 ☐ 1° semestre ☐ 2° semestre dell'anno 19.....

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) ☐ Altro (4)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime per lavoratori autonomi)

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

4 Familiare (5)

4.1 Cognome (4 bis)
.....
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
☐ 25. 1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29. 1 ☐ 31
☐ 52 (5 bis) ☐ 55. 1 (5 bis)

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 .....

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

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

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

(2 bis) Indicare, se noto.

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

(4) Indicare se si tratta di un lavoratore frontaliero, di un lavoratore disoccupato, di un lavoratore stagionale, di un richiedente la pensione o altro.

(4 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 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla». 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) 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.

(9) Indicare, se esiste.

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. 31.a
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 ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

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

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

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

.....

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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;*
- **Portogallo,** *il «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona;*
- **Austria,** *l'«Hauptverband der österreichische Socialversicherungsträger» (associazione principale degli istituti di sicurezza sociali austriaci), Vienna;*
- **Finlandia,** *il «Kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;*
- **Islanda,** *il «Tryggingastofnun rikisins», Reykjavik;*
- **Liechtenstein,** *l'ufficio di economia nazionale;*
- **Norvegia,** *il «Rikstrygdeverket» (amministrazione dell'assicurazione nazionale), Oslo;*
- **Svezia,** *il «Riksförssäkringsverket» (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma.*

(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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale
SEE*

Vedi «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 19 ..... (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
[ ] Lavoratore autonomo
[ ] Titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori subordinati)
[ ] 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 Indirizzo dei familiari del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita e dei suoi familiari (3)
.....
.....

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 .....

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 Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(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; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.

(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.