

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

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

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

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

A. Notifica del diritto

1.	Istituzione del luogo di residenza ⁽²⁾
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:
1.4	Riferimento: vostro modulo E 107 del

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

3.	Da compilare da parte dell'istituzione debitrice della pensione		
3.1	La persona sopra menzionata è titolare di pensione di		
	vecchiaia	invalidità	reversibilità
	infortunio sul lavoro	malattia professionale	
3.2	dal:		

4.	Istituzione che compila la sezione 3 ⁽⁴⁾		
4.1	Denominazione:		
4.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
4.3	Indirizzo:		
4.4	Timbro	4.5	Data:
		4.6	Firma:

5. Familiare del titolare di pensione

5.1	Cognome(i) ⁽³⁾ :	Cognome da nubile (se diverso) ⁽³⁾ :
5.2	Nome(i):	Data di nascita:
5.3	Indirizzo nel paese di residenza:	
5.4	Numero di identificazione personale:	
5.5	Data del trasferimento di residenza:	

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

6.1	Numero di identificazione dell'istituzione d'istruttoria:	
6.2	La persona di cui alla sezione 2	
	La persona di cui alla sezione 5	
	ha diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal	
6.3	L'onere di dette prestazioni da concedere nello Stato, diverso da quello competente, nel quale le predette persone risiedono, è a carico della scritta istituzione.	
6.4	dal e fino alla notifica di annullamento del presente attestato	
6.5	per un anno, con inizio il ⁽⁶⁾	
6.6	Il presente attestato pone fine alla validità del modulo E del	

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

8. Istituzione che compila la sezione 6 ⁽⁴⁾

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

B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione9. ⁽⁷⁾

9.1	La persona di cui alla sezione 2 La persona di cui alla sezione 5 non ha potuto essere iscritta
9.2	perché ha già diritto alle prestazioni in natura secondo la legislazione del nostro paese
9.3	altri motivi:

10.	(7)
10.1	La persona di cui alla sezione 2 La persona di cui alla sezione 5 è stata iscritta
10.2	Il costo di tali prestazioni è a vostro carico; la data a decorrere dalla quale va calcolato l'importo forfettario di cui all'articolo 95 del regolamento (CEE) n. 574/72 è

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

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

Informazioni per il titolare di pensione o per il familiare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

in **Lituania**, al "Teritorinė ligonių kasa" (fondo territoriale dei pazienti);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Da compilare soltanto qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza. Ove il titolare di pensione o il familiare risiede nel Regno Unito, si trasmette direttamente entrambe le copie del modulo al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) In Ungheria, questa sezione è compilata dall'istituzione di assicurazione malattia-maternità.
- (5) In Italia, le sezioni 6 e 7 devono essere completate esclusivamente dall'ASL o dal ministero della Salute.
- (6) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, ungherese, italiana o portoghese e riguarda un familiare.
- (7) Delle due sezioni 8 o 9, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.