

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

Lavoratori subordinati ed autonomi e familiari con essi residenti; familiari di disoccupati

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a) ; articolo 19, paragrafo 2; articolo 25, paragrafo 3, lettera i)
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafi 1 e 4; articoli 27 (prima frase)

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie alla persona assicurata oppure le invia, 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. 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.

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

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 inviato il |

| | |
|------|--|
| 2. | La persona assicurata |
| 2.1 | Cognome(i) ⁽³⁾ : |
| 2.2 | Nome(i) ⁽⁴⁾ : Data di nascita: |
| 2.3 | Cognome da nubile: |
| 2.4 | Indirizzo nel paese di residenza: |
| 2.5 | Numero di identificazione personale: |
| 2.6 | La persona assicurata <input type="checkbox"/> è un lavoratore subordinato |
| 2.7 | La persona assicurata <input type="checkbox"/> è un lavoratore autonomo |
| 2.8 | La persona assicurata <input type="checkbox"/> è un lavoratore frontaliero (subordinato) |
| 2.9 | La persona assicurata <input type="checkbox"/> è un lavoratore frontaliero (autonomo) |
| 2.10 | La persona assicurata <input type="checkbox"/> è un lavoratore disoccupato |

| | |
|-----|---|
| 3. | Familiare ⁽⁵⁾ |
| 3.1 | Cognome(i) ⁽³⁾ : |
| 3.2 | Nome(i) ⁽⁴⁾ : Data di nascita: |
| 3.3 | Cognome da nubile: |
| 3.4 | Indirizzo nel paese di residenza: |
| 3.5 | Numero di identificazione personale: |

4.1. La persona assicurata sopra indicata e i familiari ⁽⁶⁾ con essa residenti

4.2. I familiari ⁽⁶⁾ della persona disoccupata sopra indicata

5. Hanno diritto alle prestazioni assicurative malattia e maternità in natura 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 ⁽⁷⁾

6.3 fino al incluso ⁽⁸⁾

7. Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione:

7.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

7.3 Indirizzo:
.....
.....

7.4 Timbro 7.5 Data:
7.6 Firma:

B. Notifica dell'iscrizione ⁽⁹⁾

8.

8.1 la persona assicurata di cui al punto 2 ed i suoi familiari

8.2 I familiari di cui al punto 3 della persona disoccupata

8.3 sono stati iscritti presso la nostra istituzione il

8.4 non possono essere iscritti presso la nostra istituzione perché

9.

| 9.1 | Cognome(i) ⁽³⁾ | Nome(i) ⁽⁴⁾ | Cognome da nubile | Data di nascita | Numero di identificazione personale |
|-----|---------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 9.2 | | | | | |
| 9.3 | | | | | |
| 9.4 | | | | | |
| 9.5 | | | | | |
| 9.6 | | | | | |
| 9.7 | | | | | |
| 9.8 | | | | | |
| 9.9 | | | | | |

10. Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione:

10.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

10.3 Indirizzo:
.....
.....

10.4 Timbro 10.5 Data:
10.6 Firma:

Informazioni relative all'assicurato

- a) Il presente modulo dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità. Se siete disoccupati, non è questo il modulo adatto; esso è destinato unicamente ai vostri familiari residenti in uno Stato membro diverso da quello in cui siete assicurati.
- b) I due esemplari di modulo in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete. Se siete disoccupato, il formulario dev'essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.
- c) Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:
- in **Belgio**, la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;
 - nella **Repubblica ceca**, "Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;
 - in **Danimarca**, l'autorità comunale del luogo di residenza;
 - in **Germania**, la "Krankenkasse" (fondo assicurazione malattia) scelta dalla persona interessata;
 - in **Estonia**, "Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia estone);
 - in **Grecia**, l'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA). L'ufficio locale rilascia alla persona interessata un "libretto sanitario" indispensabile per le prestazioni in natura.
 - in **Spagna**, la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al modulo una fotocopia;
 - in **Francia**, la "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia);
 - in **Irlanda**, l'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";
 - in **Italia**, in linea di massima, l'azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il "ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea";
 - a **Cipro**, l'"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 **Lettonia**, il "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);
 - in **Lituania**, il "Territorial Patient Fund" (istituto malattia e maternità);
 - in **Lussemburgo**, la "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);
 - in **Ungheria**, il competente "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (ufficio locale assicurazione malattia);
 - a **Malta**, l'"Entitlement Unit, Ministry of Health", 23, John Street, Valletta;
 - nei **Paesi Bassi**, qualsiasi cassa malattia competente per il luogo di residenza;
 - in **Austria**, la "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza;
 - in **Polonia**, l'ufficio regionale del "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza;
 - in **Portogallo**, per il territorio continentale: il "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (centro distrettuale di solidarietà e sicurezza sociale) nel luogo di residenza; per **Madera**: il "Centro de Segurança Social da Madeira" (centro sicurezza sociale di Madera) a Funchal; per le **Azzorre**: il "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;
 - in **Slovenia**, lo "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia);
 - in **Slovacchia**, lo "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;
 - in **Finlandia**, l'ufficio locale del "kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);
 - in **Svezia**, il "Försäkringkassan" (ufficio locale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;
 - nel **Regno Unito**, il "Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre" (Ministero del lavoro e delle pensioni, Servizio pensioni, centro pensioni internazionale), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, o, per l'Irlanda del Nord, il "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (Ministero dello sviluppo sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Block 2, Castle Buildings, Belfast, se del caso;
 - in **Islanda**, il "Tryggingastofnun ríkisin" (istituto 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 **Svizzera**, l'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.
- d) Il presente modulo è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al punto 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.
- e) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione assicurativa alla quale il modulo 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 dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.

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 rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (5) Da compilare soltanto se il modulo riguarda i familiari di un disoccupato. Indicare un familiare unicamente per la registrazione, in quanto i familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (6) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (7) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.
- (8) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione greca, ungherese o britannica per lavoratori subordinati o autonomi.
- (9) Se il presente modulo è rilasciato per rinnovare un attestato rilasciato in precedenza, non occorre compilare la parte B.

