

# Gazzetta ufficiale

## dell'Unione europea

# L 77

Edizione  
in lingua italiana

## Legislazione

49° anno  
15 marzo 2006

Sommario

I Atti per i quali la pubblicazione è una condizione di applicabilità

.....

II Atti per i quali la pubblicazione non è una condizione di applicabilità

**Commissione**

**Commissione amministrativa delle Comunità europee per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti**

2006/203/CE:

- ★ **Decisione n. 202, del 17 marzo 2005, concernente i modelli di formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 e E 127) <sup>(1)</sup>** .....

1

Prezzo: 18 EUR

<sup>(1)</sup> Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo UE/Svizzera.

# IT

Gli atti i cui titoli sono stampati in caratteri chiari appartengono alla gestione corrente. Essi sono adottati nel quadro della politica agricola ed hanno generalmente una durata di validità limitata.

I titoli degli altri atti sono stampati in grassetto e preceduti da un asterisco.

Spedizione in abbonamento postale, articolo 2, comma 20/C, legge 662/96 — Milano

## II

(Atti per i quali la pubblicazione non è una condizione di applicabilità)

## COMMISSIONE

**COMMISSIONE AMMINISTRATIVA DELLE COMUNITÀ EUROPEE  
PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI****DECISIONE n. 202****del 17 marzo 2005**

**concernente i modelli di formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 e E 127)**

(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo UE/Svizzera)

(2006/203/CE)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI,

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

visto l'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità <sup>(2)</sup>, a norma del quale la Commissione amministrativa è incaricata di stabilire i modelli dei documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

vista la decisione n. 153, del 7 ottobre 1993, relativa ai modelli di attestati necessari all'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, da E103-E127) <sup>(3)</sup>,

vista la decisione n. 164, del 27 novembre 1996, relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 101 e E 102) <sup>(4)</sup>

vista la decisione n. 166, del 2 ottobre 1997, relativa alla modifica dei formulari E 106 e E 109 <sup>(5)</sup>,

<sup>(1)</sup> GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2. Regolamento modificato da ultimo dal regolamento (CE) n. 647/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio (GU L 117 del 4.5.2005, pag. 1).

<sup>(2)</sup> GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1. Regolamento modificato da ultimo dal regolamento (CE) n. 647/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio.

<sup>(3)</sup> GU L 244 del 19.9.1994, pag. 22.

<sup>(4)</sup> GU L 216 dell'8.8.1997, pag. 85.

<sup>(5)</sup> GU L 195 dell'11.7.1998, pag. 25.

vista la decisione n. 168, dell'11 giugno 1998, relativa alla modifica dei formulari E 121 e E 127 e alla cancellazione del formulario E 122 <sup>(1)</sup>,

vista la decisione n. 179, del 18 aprile 2000, relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 111, E 111 B, E 113-E 118 e E 125-E 127) <sup>(2)</sup>,

vista la decisione n. 185, del 27 giugno 2002, che modifica la decisione n. 153 del 7 ottobre 1993 (formulario E 108) <sup>(3)</sup>,

vista la decisione n. 186, del 27 giugno 2002, relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 101) <sup>(4)</sup>,

considerando quanto segue:

- (1) L'ampliamento dell'Unione europea del 1° maggio 2004 rende necessaria la modifica dei formulari E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 e E 127.
- (2) L'accordo sullo Spazio economico europeo (accordo SEE) del 2 maggio 1992, completato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, applica i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nell'ambito dello Spazio economico europeo.
- (3) La Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione svizzera, dall'altra, hanno concluso un accordo sulla libera circolazione delle persone (accordo con la Svizzera), che è entrato in vigore il 1° giugno 2002. L'allegato II di tale accordo fa riferimento ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72.
- (4) Per motivi di ordine pratico, è opportuno che i moduli utilizzati nell'Unione europea e nel quadro dell'accordo SEE e dell'accordo con la Svizzera siano identici,

DECIDE:

1. Il modello di formulario E 101 di cui alla decisione n. 186 è sostituito dal modulo figurante in allegato.
2. Il modello di formulario E 102 di cui alla decisione n. 164 è sostituito dal modulo figurante in allegato.
3. Il modello di formulario E 105 di cui alla decisione n. 153 è abrogato.

I modelli di formulari E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 e E 124 di cui alla decisione n. 153 sono sostituiti dai moduli figuranti in allegato.

4. I modelli di formulari E 106 e 109 di cui alla decisione n. 166 sono sostituiti dai moduli figuranti in allegato.
5. Il modello di formulario E 108 di cui alla decisione n. 185 è sostituito dal modulo figurante in allegato.
6. I modelli di formulari E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 e E 127 di cui alla decisione n. 179 sono sostituiti dai moduli figuranti in allegato.

---

<sup>(1)</sup> GU L 195 dell'11.7.1998, pag. 37.

<sup>(2)</sup> GU L 54 del 25.2.2002, pag. 1.

<sup>(3)</sup> GU L 55 dell'1.3.2003, pag. 74.

<sup>(4)</sup> GU L 55 dell'1.3.2003, pag. 80.

7. Il modello di formulario E 121 di cui alla decisione n. 168 è sostituito dal modulo figurante in allegato.
8. Il simbolo dello Stato cui appartiene l'istituzione che compila il modulo è indicato come segue:  
«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.»
9. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione degli interessati i moduli secondo i modelli allegati. Tali moduli sono disponibili nelle lingue ufficiali della Comunità e presentati in modo tale che le diverse versioni siano perfettamente sovrapponibili, consentendo così ad ogni destinatario di ricevere il modulo stampato nella propria lingua.
10. La presente decisione, che sostituisce le decisioni n. 153, n. 164, n. 166, n. 168, n. 179, n. 185 e n. 186, è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Essa sarà applicata a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello della sua pubblicazione.

*Il presidente della Commissione amministrativa*  
Claude EWEN

---





- Richiesta di informazioni
- Comunicazione di informazioni
- Richiesta di moduli
- Sollecito

- lavoratore subordinato
- lavoratore autonomo
- lavoratore frontaliero
- relativamente a titolare di pensione
- richiedente la pensione o la rendita
- lavoratore disoccupato
- avente diritto

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 84

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione destinataria. Quest'ultima compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente.

Il modulo va utilizzato come complemento ad altri moduli o come base per scambi di informazioni tra istituzioni, scambi non contemplati nei moduli correntemente utilizzati. Esso non può essere utilizzato al posto di un altro modulo.

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

**Parte A**

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....
	.....

2.	Informazioni relative alla persona assicurata <sup>(2)</sup>
2.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nome(i) <sup>(4)</sup> : .....
2.3	Cognome da nubile: .....
2.4	Sesso <sup>(5)</sup> : .....

3.	Nazionalità <sup>(6)</sup> : .....
----	------------------------------------

4.	Dati anagrafici
4.1	Data di nascita <sup>(7)</sup> : .....
4.2	Luogo di nascita <sup>(8)</sup> : .....
4.3	Provincia o dipartimento <sup>(9)</sup> : .....
4.4	Paese <sup>(10)</sup> : .....

5.	Numero di identificazione personale <sup>(11)</sup>
5.1	presso l'istituzione mittente: .....
5.2	presso l'istituzione destinataria: .....

6.	Indirizzo: .....
	.....

7.	Informazioni relative alla pratica
7.1	Tipo di prestazione: .....
7.2	Numero di riferimento della pratica presso l'istituzione mittente: .....
7.3	Numero di riferimento della pratica presso l'istituzione destinataria: .....
	.....



Parte B

13.

In risposta alla richiesta del ..... si trasmettono in allegato:

13.1  il/i seguente/i modulo/i: .....

13.2  il/i seguente/i documento/i: .....  
.....

13.3  le seguenti informazioni: .....  
.....

14.

In risposta alla richiesta del .....  
siamo spiacenti di non poter inviare:

14.1  il/i seguente/i modulo/i: .....

14.2  il/i seguente/i documento/i: .....

14.3  le seguenti informazioni: .....

14.4  Motivo: .....  
.....  
.....

15.

Informazioni di varia natura

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

16.

In riferimento al vostro modulo inviato il: .....  
prendiamo atto delle informazioni di cui alla sezione 10

17.

Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: .....

17.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

17.3 Indirizzo: .....  
.....

17.4 Timbro 17.5 Data: .....  
.....

17.6 Firma: .....  
.....

## NOTE

- (<sup>1</sup>) 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Se del caso, compilare le righe 2.1-2.4 che identificano la persona assicurata.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>5</sup>) Utilizzare "M" o "F" per l'indicazione del sesso.
- (<sup>6</sup>) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
- Per le istituzioni spagnole, indicare per i cittadini spagnoli il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida. In mancanza, indicare "Nulla".
- (<sup>7</sup>) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01.08.1921).
- (<sup>8</sup>) Per le città francesi con più *circonscrizioni* (*arrondissements*), si indichi il numero della *circonscrizione* (esempio: "Parigi 14"). Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (<sup>9</sup>) Informazioni obbligatorie per le persone assicurate di nazionalità spagnola, francese o italiana. A seconda del paese, l'informazione deve indicare la divisione territoriale in cui si trova il luogo di nascita (nel caso della Francia, ad esempio, ove il comune di nascita sia Lille, il dipartimento di nascita va indicato come "Nord", seguito dal codice del dipartimento, sempreché la persona lo conosca: nella fattispecie, "59". L'indicazione completa dovrebbe quindi essere "Nord 59"). Per le persone nate in Spagna, indicare soltanto la provincia.
- (<sup>10</sup>) Sigla del paese della persona assicurata secondo la nota (1).
- (<sup>11</sup>) Per le istituzioni italiane, indicare il "codice fiscale".
- Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi, indicare il numero di sicurezza sociale maltese.
- Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.
- (<sup>12</sup>) Da compilare, se del caso.



4. Chi versa la retribuzione al lavoratore distaccato e i suoi contributi per la sicurezza sociale?

4.1 Il datore di lavoro di cui al punto 2

4.2 L'impresa di cui al punto 3.4

4.3 Altri  in questo caso, fornire il nome

..... e  
l'indirizzo

Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....

Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

5. La persona assicurata permane soggetta alla legislazione del paese:  <sup>(1)</sup>

5.1 conformemente all'articolo:

13.2.d)

14.1.a)

14.2.a)

14.2.b)

14 bis.1.a)

14 bis.2

14 bis.4

14 ter.1

14 ter.2

14 ter.4

14 quater.a)

14 sexties

17

del regolamento (CEE) n. 1408/71

5.2  dal ..... al .....

5.3  per la durata dell'attività (cfr. lettera dell'autorità competente o dell'organismo designato nel paese in cui si svolge l'attività, che autorizza la persona assicurata a restare soggetta alla legislazione dello Stato di invio

del ..... riferimento .....)

6. Istituzione competente alla cui legislazione è soggetto il lavoratore

6.1 Denominazione: .....

6.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

6.3 Indirizzo: .....

Tel: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....

Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

6.4 Timbro

6.5 Data:

6.6 Firma:

## ISTRUZIONI

L'istituzione designata dello Stato membro alla cui legislazione è soggetto il lavoratore compila il modulo su richiesta del lavoratore o del suo datore di lavoro e lo rinvia al richiedente. Se il lavoratore è distaccato in Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Paesi Bassi, Austria, Finlandia, Svezia o Islanda, l'istituzione invia altresì una copia: in Belgio, nel caso di lavoratori subordinati, all'"Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid" (ufficio nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles; nel caso di lavoratori autonomi, all'"Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants" (istituto nazionale assicurazione sociale per lavoratori autonomi), Bruxelles; nel caso di marittimi, alla "Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins" (cassa di soccorso e di previdenza a favore dei marittimi), Anversa; o, nel caso di dipendenti pubblici, al "Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales" (servizio relazioni internazionali del ministero degli Affari sociali); in Danimarca, al "Den Sociale Sikringsstyrelse" (ente nazionale per la sicurezza sociale); in Germania, al "Deutsche Rentenversicherung-Bund" (assicurazione pensioni della Germania federale), 97041 Würzburg; in Francia, al "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (centro relazioni europee ed internazionali per la sicurezza sociale), Parigi; nei Paesi Bassi, alla "Sociale Verzekeringsbank" (banca assicurazioni sociali), Amstelveen; in Austria, alla "Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger" (associazione principale delle istituzioni austriache di assicurazione sociale); in Finlandia, all'"Eläketurvakeskus" (centro pensioni finlandese), Helsinki; in Svezia, al "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (ente svedese per le assicurazioni sociali, sede centrale), Stoccolma; in Islanda, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituto statale per la sicurezza sociale), Reykjavik.

**Informazioni relative alla persona assicurata**

Prima di lasciare il paese dove si è assicurati per trasferirsi in un altro Stato membro per lavoro, occorre assicurarsi di essere in possesso del documento che consente di beneficiare delle necessarie prestazioni in natura (ad es. cure mediche, farmaci, ricovero in ospedale, ecc.) nel paese di destinazione. Ove si intenda risiedere nel paese in cui si presterà il lavoro, occorre chiedere al proprio istituto di assicurazione contro le malattie il modulo E 106 e presentarlo quanto prima all'istituto competente per l'assicurazione contro le malattie del paese in cui si andrà a lavorare. Ove si intenda risiedere temporaneamente nel paese in cui si presterà il lavoro, occorre chiedere al proprio istituto di assicurazione contro le malattie la tessera europea di assicurazione malattia che va presentata qualora fossero necessarie prestazioni in natura durante il soggiorno.

**Informazioni per i datori di lavoro**

Lo Stato membro che riceve la richiesta di applicazione dei summenzionati articoli 14, paragrafo 1, 14 *ter*, paragrafo 1, o 17 del regolamento (CEE) n. 1408/71 deve informare esaurientemente il datore di lavoro e il lavoratore interessati circa le condizioni alle quali il lavoratore potrà continuare ad essere soggetto alla legislazione del suo paese.

Il datore di lavoro deve essere informato circa la possibilità di controlli durante il periodo di distacco miranti a verificare che tale periodo non sia scaduto. Tali controlli potranno riguardare, in particolare, il pagamento dei contributi e il mantenimento del rapporto diretto. Inoltre il datore di lavoro del lavoratore in distacco deve informare l'istituzione competente dello Stato di invio di eventuali cambiamenti intervenuti durante il periodo di distacco, in particolare:

- se il distacco richiesto non si è realizzato o non ha avuto la durata richiesta,
- se il distacco è stato interrotto, a meno che l'interruzione delle attività del lavoratore per lo stabilimento nel paese in cui si svolge il lavoro sia di natura puramente temporanea,
- se il lavoratore in distacco è stato assegnato dal proprio datore di lavoro ad un altro stabilimento nello Stato in cui si svolge l'attività.

Nei primi due casi, il datore di lavoro deve restituire il presente modulo all'istituzione competente dello Stato di invio.

**Informazioni per l'istituzione del luogo di dimora**

Ove la persona interessata presenti l'idoneo documento (tessera europea di assicurazione malattia o modulo E 106), l'istituto competente del paese di dimora gli fornirà inoltre, a titolo provvisorio, le prestazioni in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale. In tal caso, se l'istituzione suddetta necessita di un formulario E 123, deve rivolgersi quanto prima:

in **Belgio**, per il lavoratori subordinati e riguardo ad una malattia professionale, al "Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten" (fondo malattie professionali), Bruxelles; per gli infortuni sul lavoro alla compagnia d'assicurazioni designata dal datore di lavoro;

nella **Repubblica ceca**, al fondo d'assicurazione malattia presso cui la persona interessata è assicurata;

in **Danimarca**, all'"Arbejdsskadestyrelsen" (comitato nazionale per gli infortuni sul lavoro), Copenhagen;

in **Germania**, al competente "Berufsgenossenschaft" (istituto di assicurazione contro gli infortuni);

in **Estonia**, al "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;

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

in **Irlanda**, al "Department of Health" (ministero della Sanità), Planning Unit, Dublin 2;

in **Italia**, alla competente sede provinciale dell'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

in **Lettonia**, al "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (ente statale di assicurazione sociale), Riga;

in **Lituania**, al "Teritorinė ligonių kasa" (fondo regionale di assicurazione contro le malattie);

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

a **Malta**, al "Diviżjoni tas-Saħħa", Triq il-Merkanti, Valletta CMR 01;

nei **Paesi Bassi**, alla competente istituzione per l'assicurazione contro le malattie;

in **Austria**, alla competente istituzione per l'assicurazione contro gli infortuni;

in **Polonia**, all'ufficio regionale del "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale);

in **Portogallo**, al "Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais" (centro nazionale per la tutela contro i rischi professionali), Lisbona;

in **Slovacchia**, alla compagnia di assicurazione malattia della persona assicurata oppure all'ente di assicurazione sociale, Bratislava;

in **Finlandia**, alla "Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto" (federazione degli istituti di assicurazione contro gli infortuni), Boulevardi 28, 00120 Helsinki;

in **Svezia**, allo "Försäkringskassan" (ufficio locale di previdenza sociale);

in **tutti gli altri Stati membri**, alla competente istituzione per l'assicurazione contro le malattie;

in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituto statale per la sicurezza sociale), Reykjavik;

in **Liechtenstein**, all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;

in **Norvegia**, al "Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (istituto assicurativo nazionale per la sicurezza sociale all'estero), Oslo;

in **Svizzera**, per i lavoratori subordinati, all'istituto di assicurazione contro gli infortuni del datore di lavoro; per i lavoratori autonomi, all'istituto di assicurazione contro gli infortuni della persona interessata.

Se il lavoratore è coperto dal regime francese di sicurezza sociale, il fondo competente a riconoscere il diritto alle prestazioni è il suo fondo assicurazioni, che potrebbe non essere quello figurante nel modulo E 101. Se del caso, sarà necessario richiedere la tessera europea di assicurazione malattia o il modulo E 123 presso il fondo nel luogo di residenza abituale del lavoratore.

Se il lavoratore autonomo è coperto dal regime di sicurezza sociale finlandese o islandese, occorrerà sempre richiedere il modulo E 123.

Ove il lavoratore coperto dal regime di sicurezza sociale islandese sia vittima di un infortunio sul lavoro o contragga una malattia professionale, il datore di lavoro deve sempre e debitamente informarne l'istituzione competente.

#### NOTE

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Per i lavoratori soggetti alla legislazione spagnola, indicare il numero di sicurezza sociale. Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese. Per persone soggette alla legislazione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP o, in loro mancanza, la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto. Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.
- (<sup>5</sup>) Fornire quante più informazioni possibile per agevolare l'identificazione del datore di lavoro o dell'impresa del lavoratore subordinato. Nel caso di navi, indicarne il nome e il numero di registrazione.
- Belgio:** indicare, nel caso di lavoratori subordinati, il numero di registrazione dell'impresa (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer) e, nel caso di lavoratori autonomi, il numero di partita IVA.
- Repubblica ceca:** indicare il numero di identificazione (IČ).
- Danimarca:** indicare il numero CVR.
- Germania:** indicare il "Betriebsnummer des Arbeitgebers".
- Spagna:** indicare il "Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC" (numero del conto contributi del datore di lavoro).
- Francia:** indicare il numero SIRET.
- Italia:** ove possibile, indicare il numero di registrazione dell'impresa.
- Lussemburgo:** indicare il numero di registro di sicurezza sociale del datore di lavoro e, per i lavoratori autonomi, il numero di sicurezza sociale (CCSS).
- Ungheria:** indicare il numero di registro di sicurezza sociale del datore di lavoro e, per i lavoratori autonomi, il numero di identificazione dell'impresa privata.
- Polonia:** indicare il numero NUSP o, in sua mancanza, i numeri NIP e REGON.
- Slovacchia:** indicare il numero di identificazione (IČO).
- Slovenia:** indicare il numero di registrazione del datore di lavoro o del lavoratore autonomo.
- Per i lavoratori soggetti alla legislazione **finlandese** sugli infortuni sul lavoro, indicare il nome del competente istituto di assicurazione contro gli infortuni.
- Norvegia:** indicare il numero dell'organizzazione.

**PROLUNGAMENTO DEL PERIODO DI TRASFERTA O DELL'ATTIVITÀ COME LAVORATORE AUTONOMO**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 14, paragrafo 1, lettera b); articolo 14 bis, paragrafo 1, lettera b); articolo 14 ter, paragrafi 1 e 2  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 11, paragrafo 2, e articolo 1 bis, paragrafo 2

**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. Da compilare a cura del datore di lavoro o del lavoratore autonomo**

1.	Istituzione destinataria <sup>(2)</sup>
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....
	Tel.: ..... Fax: .....
	Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....
	Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

2.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
2.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....	
2.2	Nome(i) <sup>(4)</sup> : .....	
2.3	Cognome da nubile: .....	
2.4	Data di nascita: .....	Nazionalità: .....
2.5	Indirizzo permanente	
	Via: .....	N.: ..... Casella postale: .....
	Città: .....	Codice postale: ..... Paese: .....
2.6	Numero di identificazione personale <sup>(5)</sup> : .....	

3.	La persona assicurata summenzionata		
	<input type="checkbox"/> è stata distaccata		
	<input type="checkbox"/> esercita un'attività come lavoratore autonomo conformemente all'articolo:		
3.1	<input type="checkbox"/> 14.1.a)	<input type="checkbox"/> 14 bis.1.a)	<input type="checkbox"/> 14 ter.1
3.2	<input type="checkbox"/> 14b ter 2, del reg. (CEE) n. 1408/71		
3.2	per il periodo dal ..... al .....		
3.3	<input type="checkbox"/> presso l'impresa/le imprese sotto menzionata/e	<input type="checkbox"/> presso la nave sotto menzionata	
3.4	Denominazione dell'impresa o della nave: .....		
3.5	Indirizzo: .....		
	Tel.: .....	Fax: .....	
	Via: .....	N.: .....	Casella postale: .....
	Città: .....	Codice postale: .....	Paese: .....
3.6	Numero di identificazione <sup>(6)</sup> : .....		

4. La persona assicurata è in possesso di un certificato riguardante la legislazione applicabile (modulo E 101)

4.1 rilasciato dalla seguente istituzione:

Denominazione: .....

Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....

Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

4.2 il ..... e che scade il .....

5. Si richiede la continuazione dell'applicazione della legislazione del paese)<sup>(1)</sup>

5.1 per il periodo dal ..... al ..... <sup>(7)</sup>

6.  Datore di lavoro  lavoratore autonomo

6.1 Nome del datore di lavoro o dell'impresa: .....

6.2 Numero di identificazione<sup>(6)</sup>: .....

6.3 Indirizzo  
Tel.: ..... Fax: .....  
Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....  
Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

6.4 Timbro 6.5 Data: .....

6.6 Firma: .....

**B. Da compilare a cura dell'autorità competente o dell'organismo designato del paese in cui si svolge l'attività<sup>(6)</sup>**

7. Si dichiara di:

7.1  essere d'accordo  non essere d'accordo

a che il lavoratore indicato al quadro 2 continui ad essere assoggettato alla legislazione di sicurezza sociale

<sup>(1)</sup>

7.2 per il periodo dal ..... al .....

8. Autorità competente o organismo designato del paese in cui si svolge l'attività

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....  
Tel.: ..... Fax: .....  
Via: ..... N.: ..... Casella postale: .....  
Città: ..... Codice postale: ..... Paese: .....

8.4 Timbro 8.5 Data: .....

8.6 Firma: .....

## ISTRUZIONI

## Informazioni per il datore di lavoro o il lavoratore autonomo

- a) Il datore di lavoro o il lavoratore autonomo deve compilare la parte A del modulo, da inviare in 4 copie all'autorità competente o all'organismo designato del paese in cui il lavoratore è stato distaccato o svolge un'attività come autonomo:

in **Belgio**, nel caso di lavoratori subordinati, all'"Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid" (ufficio nazionale della sicurezza sociale); nel caso di lavoratori autonomi, all'"Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants" (istituto nazionale assicurazione sociale per lavoratori autonomi), Bruxelles; nel caso di marittimi, alla "Caisse de secours et de Prévoyance des marins" (cassa di soccorso e di previdenza a favore dei marittimi), Anversa;

nella **Repubblica ceca**, alla "Česká správa sociálního zabezpečení" (amministrazione della sicurezza sociale ceca), Praga;

in **Danimarca**, al "Den Sociale Sikringsstyrelse" (ente nazionale per la sicurezza sociale), Copenhagen;

in **Germania**, al "Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland" (ente tedesco di collegamento per l'assicurazione sanitaria - internazionale), Bonn;

in **Estonia**, al "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;

in **Grecia**, per i lavoratori subordinati, all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA-ETAM); per i marittimi, al fondo pensioni per lavoratori marittimi (NAT); per i lavoratori autonomi, all'istituto designato per le varie categorie professionali di cui all'allegato 10 - F. GRECIA del regolamento (CEE) n. 574/72;

in **Spagna**, alla "Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales" (tesoreria centrale della sicurezza sociale - ministero del Lavoro e degli affari sociali), Madrid;

in **Francia**, al "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (centro relazioni europee ed internazionali per la sicurezza sociale);

in **Irlanda**, al "Department of Social and Family Affairs" (ministero della Previdenza sociale), PRSI Special Collections Section, Gov. Buildings, Cork Rd, Waterford;

in **Italia**, al "Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali", Roma;

in **Lettonia**, al "Valsts socialas apdrošinašanas agentura" (ente statale di assicurazione sociale);

in **Lituania**, al "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba" (comitato nazionale del fondo assicurazione sociale);

in **Lussemburgo**, al "Centre commun de la sécurité sociale" (centro comune della sicurezza sociale), Lussemburgo;

in **Ungheria**, allo "Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo nazionale di assicurazione malattia), Budapest;

a **Malta**, al "Dipartiment tas-Sigurtà Soċjali" (ministero della Sicurezza sociale), 38, Triq I-Ordinanza, Valletta, CMR 01;

nei **Paesi Bassi**, alla "Sociale Verzekeringsbank" (banca assicurazioni sociali), Amstelveen;

in **Austria**, al "Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz" (ministero federale per la Sicurezza sociale, questioni relative alle varie generazioni e tutela dei consumatori), Vienna;

in **Polonia**, al "Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)" (istituto per la sicurezza sociale), Varsavia;

in **Portogallo**, per il territorio continentale: al "Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social" (ministero delle Relazioni internazionali e della sicurezza sociale), Lisbona; per Madera: al "Secretario Regional dos Assuntos Sociais" (segretario regionale degli affari sociali), Funchal; per le Azzorre: alla "Direcção Regional de Segurança Social" (direzione regionale della sicurezza sociale), Angra do Heroísmo;

in **Slovenia**, al "Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve" (ministero del Lavoro, della famiglia e degli affari sociali), Ljubljana;

in **Slovacchia**, al "Sociálna poisťovňa" (ente di assicurazione sociale), Bratislava;

in **Finlandia**, all'"Eläketurvakeskus" (centro pensioni finlandese) a Helsinki;

in **Svezia**, al "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (ente svedese assicurazioni sociali, sede centrale), Stoccolma;

nel **Regno Unito**, allo "Inland Revenue, Centre for Non-Residents" (ufficio imposte, centro per i non residenti), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;

in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;

in **Norvegia**, al "Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (istituto assicurativo nazionale per la sicurezza sociale all'estero), Oslo;

in **Svizzera**, alla "Caisse de Compensation AVS" (fondo pensioni di vecchiaia e di reversibilità) competente per il lavoratore subordinato o autonomo, ove sia applicabile la legislazione svizzera.

- b) Due copie del modulo, con la parte B compilata, vanno trasmesse al datore di lavoro o al lavoratore autonomo. Il datore di lavoro deve trasmettere una di tali copie al lavoratore subordinato.
- c) Lo Stato membro che riceve la richiesta di applicazione dei summenzionati articoli 14, paragrafo 1, 14 *ter*, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 1408/71 deve informare esaurientemente il datore di lavoro e il lavoratore interessati circa le condizioni alle quali il lavoratore potrà continuare ad essere soggetto alla legislazione del suo paese.

Il datore di lavoro deve essere informato circa la possibilità di controlli durante il periodo di distacco miranti a verificare che tale periodo non sia scaduto. Tali controlli potranno riguardare, in particolare, il pagamento dei contributi e il mantenimento del rapporto diretto.

Inoltre il datore di lavoro del lavoratore in distacco deve informare l'istituzione competente dello Stato di invio di eventuali cambiamenti intervenuti durante il periodo di distacco, in particolare:

- se il distacco richiesto non si è realizzato o non ha avuto la durata richiesta,
- se il distacco è stato interrotto, a meno che l'interruzione delle attività del lavoratore per o stabilimento nel paese in cui si svolge il lavoro sia di natura puramente temporanea,
- se il lavoratore in distacco è stato assegnato dal proprio datore di lavoro ad un altro stabilimento nello Stato in cui si svolge l'attività.

Nei primi due casi, il datore di lavoro deve restituire il presente modulo all'istituzione competente dello Stato di invio.

#### NOTE

- (<sup>1</sup>) 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Cfr. le informazioni di cui al punto a): **"Informazioni per il datore di lavoro o il lavoratore autonomo"**.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>5</sup>) Per i lavoratori soggetti alla legislazione **belga**, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS).  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **ceca**, indicare il numero di nascita ceco.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **danese**, indicare il numero CPR.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **spagnola**, indicare il numero di sicurezza sociale.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **italiana**, indicare il numero di codice fiscale.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **lituana**, indicare il numero di registrazione nazionale e il numero del certificato nazionale di sicurezza sociale.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **lussemburghese**, indicare il numero di sicurezza sociale del lavoratore (CCSS).  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **maltese**, indicare il numero di sicurezza sociale maltese.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **olandese**, indicare il numero SOFI.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **polacca**, indicare i numeri PESEL e NIP o, in loro mancanza, la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **slovena**, indicare il numero ZZS.  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **slovacca**, indicare il numero di nascita slovacco.
- (<sup>6</sup>) Si prega di fornire quante più informazioni possibile per potere identificare il datore di lavoro o l'impresa del lavoratore autonomo.  
Nel caso di navi, indicarne il nome e il numero di registrazione.  
Per il **Belgio**, indicare, nel caso di lavoratori subordinati, il numero di registrazione dell'impresa (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/ Unternehmensnummer) e, nel caso di lavoratori autonomi, il numero di partita IVA.  
Per la **Repubblica ceca**, indicare il numero di identificazione (IČ).  
Per la **Danimarca**, indicare il numero CVR.  
Per la **Germania**, indicare il "Betriebsnummer des Arbeitgebers".  
Per la **Spagna**, indicare il "Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC" (numero del conto contributi del datore di lavoro).  
Per la **Francia**, indicare il numero SIRET.  
Per il **Lussemburgo**, indicare il numero di registro di sicurezza sociale del datore di lavoro e, per i lavoratori autonomi, il numero di sicurezza sociale (CCSS).  
Per l'**Ungheria**, indicare il numero di registro di sicurezza sociale del datore di lavoro e, per i lavoratori autonomi, il numero di identificazione dell'impresa privata.  
Per **Malta**, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese.  
Per la **Polonia**, indicare il numero NUSP o, in sua mancanza, i numeri NIP e REGON (punto 3.6) e i numeri PESEL e NIP o, in loro mancanza, la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto (punto 6.2).  
Per la **Slovenia** indicare il numero di registrazione del datore di lavoro o del lavoratore autonomo.  
Per la **Slovacchia**, indicare il numero di identificazione dell'impresa (IČO).  
Per i lavoratori soggetti alla legislazione **finlandese** sugli infortuni sul lavoro, indicare il nome del competente istituto di assicurazione contro gli infortuni.  
Per la **Norvegia**, indicare il numero dell'organizzazione.
- (<sup>7</sup>) Tale periodo non deve essere superiore a 24 mesi a decorrere dalla data di inizio del distacco o dell'attività autonoma.
- (<sup>8</sup>) Due copie devono essere restituite al richiedente ed una copia va inviata all'organismo designato del paese in cui l'impresa ha la sua sede legale.

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPZIONE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 16, paragrafi 2 e 3

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 13, paragrafi 2 e 3; articolo 14, paragrafi 1 e 2

Dopo aver compilato la parte A del modulo conformemente ai punti a) e b) delle istruzioni, la persona assicurata presenta o trasmette il modulo secondo i punti a) e c) delle istruzioni. L'istituzione che riceve il modulo compila la parte B e rinvia una copia alla persona assicurata.

**Il modulo deve essere compilato (in triplice copia) in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

A. Opzione

1. Il sottoscritto

1.1 Cognome(i)<sup>(2)</sup>: .....

1.2 Nome(i)<sup>(3)</sup>: .....

1.3 Cognome da nubile: .....

1.4 Data di nascita: ..... 1.5 Nazionalità: .....

1.6 Numero di identificazione personale<sup>(4)</sup>: .....

2. Occupato dal .....

2.1<sup>(4)</sup>  in qualità di ..... presso la missione diplomatica o il posto consolare di cui sotto: .....

2.2<sup>(4)</sup>  in qualità di ..... tra il personale privato del seguente datore di lavoro<sup>(5)</sup>: ..... agente della missione diplomatica o del posto consolare di cui trattasi: .....

2.3  agente ausiliario delle Comunità europee

3. Opta di essere soggetto alla legislazione in materia di sicurezza sociale

3.1 <sup>(6)</sup>  dello Stato membro di cui è cittadino

3.2 <sup>(6)</sup>  dello Stato membro alla cui legislazione è stato soggetto per ultimo, cioè la legislazione

- |                                     |   |                                     |   |                                     |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belga      | <input type="checkbox"/> ceca             | <input type="checkbox"/> danese     | <input type="checkbox"/> tedesca        | <input type="checkbox"/> estone     |
| <input type="checkbox"/> greca      | <input type="checkbox"/> spagnola         | <input type="checkbox"/> francese   | <input type="checkbox"/> irlandese      | <input type="checkbox"/> italiana   |
| <input type="checkbox"/> cipriota   | <input type="checkbox"/> lettone          | <input type="checkbox"/> lituana    | <input type="checkbox"/> lussemburghese | <input type="checkbox"/> ungherese  |
| <input type="checkbox"/> maltese    | <input type="checkbox"/> olandese         | <input type="checkbox"/> austriaca  | <input type="checkbox"/> polacca        | <input type="checkbox"/> slovena    |
| <input type="checkbox"/> portoghese | <input type="checkbox"/> slovacca         | <input type="checkbox"/> finlandese | <input type="checkbox"/> svedese        | <input type="checkbox"/> britannica |
| <input type="checkbox"/> islandese  | <input type="checkbox"/> liechtensteinese | <input type="checkbox"/> norvegese  | <input type="checkbox"/> svizzera       |                                     |

4. Luogo e data: .....

5. Firma: .....

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

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo: .....

6.3 Timbro ..... 6.4 Data: .....

6.5 Firma: .....

**B. Dichiarazione**

7. Abbiamo preso atto del fatto che la persona di cui al punto 1 è soggetta alla legislazione<sup>(6)</sup>

- |                                    |   |                                     |   |                                     |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belga     | <input type="checkbox"/> ceca             | <input type="checkbox"/> danese     | <input type="checkbox"/> tedesca        | <input type="checkbox"/> estone     |
| <input type="checkbox"/> greca     | <input type="checkbox"/> spagnola         | <input type="checkbox"/> francese   | <input type="checkbox"/> irlandese      | <input type="checkbox"/> italiana   |
| <input type="checkbox"/> cipriota  | <input type="checkbox"/> lettone          | <input type="checkbox"/> lituana    | <input type="checkbox"/> lussemburghese | <input type="checkbox"/> ungherese  |
| <input type="checkbox"/> maltese   | <input type="checkbox"/> olandese         | <input type="checkbox"/> austriaca  | <input type="checkbox"/> polacca        | <input type="checkbox"/> portoghese |
| <input type="checkbox"/> slovena   | <input type="checkbox"/> slovacca         | <input type="checkbox"/> finlandese | <input type="checkbox"/> svedese        | <input type="checkbox"/> britannica |
| <input type="checkbox"/> islandese | <input type="checkbox"/> liechtensteinese | <input type="checkbox"/> norvegese  | <input type="checkbox"/> svizzera       |                                     |

7.1 Dal .....

7.2 Per il periodo durante il quale eserciterà l'occupazione indicata nella parte A del presente modulo<sup>(7)</sup>

8. Istituzione designata dall'autorità competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

8.4 Timbro

8.5. Data: .....

8.6. Firma: .....

**Per il personale delle missioni diplomatiche o dei posti consolari e il rispettivo personale domestico privato**

- a) Dopo aver compilato la parte A del modulo, ad eccezione della sezione 6, occorre trasmettere una copia del modulo al proprio datore di lavoro e inviare due copie all'autorità competente dello Stato per la cui legislazione si è optato, cioè:
- in **Belgio**, all'"Office national de sécurité sociale" (ufficio nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles;
  - nella **Repubblica ceca**, alla the "Česká správa sociálního zabezpečení" (amministrazione della sicurezza sociale ceca), Praga;
  - in **Danimarca**, al "Den Sociale Sikringsstyrelse" (ente nazionale per la sicurezza sociale), Copenhagen;
  - in **Germania**, all'ufficio di Bonn della "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelto dalla persona assicurata;
  - in **Estonia**, al "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;
  - in **Grecia**, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA);
  - in **Spagna**, alla "Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales" (tesoreria centrale della sicurezza sociale - ministero del Lavoro e degli affari sociali), Madrid;
  - in **Francia**, alla "Caisse primaire d'assurance maladie" (cassa primaria di assicurazione malattia), Parigi;
  - in **Irlanda**, al "Department of Social and Family Affairs" (ministero della Previdenza sociale), Dublino;
  - in **Italia**, al competente ufficio locale dell'"Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)";
  - a **Cipro**, al "Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων" (servizio assicurazioni sociali, ministero del Lavoro e delle assicurazioni sociali), 1465 Lefkosia;
  - in **Lettonia**, al "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (ente statale di assicurazione sociale);
  - in **Lituania**, al "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba" (comitato del fondo nazionale della sicurezza sociale), Vilnius;
  - in **Lussemburgo**, al "Centre commun de la sécurité sociale" (centro comune della sicurezza sociale), Lussemburgo;
  - in **Ungheria**, al "Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo regionale di assicurazione malattia di Pest e della capitale), Budapest;
  - a **Malta**, al "Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali" (servizio della sicurezza sociale), Valletta;
  - nei **Paesi Bassi**, alla "Sociale Verzekeringsbank" (banca assicurazioni sociali), Amstelveen;
  - in **Austria**, all'istituto competente per l'assicurazione malattia;
  - in **Polonia**, al "Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)" (istituto per la sicurezza sociale), Varsavia;
  - in **Portogallo**, al "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (ministero delle Relazioni internazionali e della sicurezza sociale) a Lisbona;
  - in **Slovenia**, all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia);
  - in **Slovacchia**, al "Sociálna poisťovňa" (ufficio assicurazioni sociali), Bratislava;
  - in **Finlandia**, all'"Eläketurvakeskus" (centro pensioni finlandese), Helsinki;
  - in **Svezia**, al "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (ente svedese assicurazioni sociali, sede centrale), Stoccolma;
  - nel **Regno Unito**, allo "Inland Revenue, Centre for Non-Residents" (ufficio imposte, centro per i non residenti), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;
  - in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

in **Liechtenstein**, all' "Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;  
 in **Norvegia**, al "Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (istituto assicurativo nazionale per la sicurezza sociale all'estero), Oslo;  
 in **Svizzera**, alla "Caisse fédérale de compensation" (cassa federale di compensazione), Bern.

**Per l'autorità delle Comunità europee abilitata a concludere contratti di lavoro con agenti temporanei**

- b) *Ove una persona impiegata come agente temporaneo esprima il desiderio di esercitare il suo diritto di opzione, l'autorità abilitata delle Comunità europee deve assicurarsi che la persona compili la parte A del modulo, ad eccezione del punto 6, che va compilato dall'autorità in questione.*
- c) *Due copie del modulo vanno inviate all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro per la cui legislazione la persona interessata ha optato [cfr. lettera a) precedente].*

**NOTE**

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Per i lavoratori soggetti alla legislazione belga, indicare il numero di registrazione nazionale.  
 Per i lavoratori soggetti alla legislazione spagnola, indicare il numero di sicurezza sociale.  
 Per i lavoratori soggetti alla legislazione maltese, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.  
 Per i lavoratori soggetti alla legislazione slovacca, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.  
 Per i lavoratori soggetti alla legislazione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP o, in loro mancanza, la serie e il numero della carta d'identità o del passaporto.
- (<sup>5</sup>) Indicare nome e cognome del datore di lavoro.
- (<sup>6</sup>) Contrassegnare la casella corrispondente al paese interessato. Occorre notare che le persone impiegate presso missioni diplomatiche o posti consolari, nonché il personale domestico privato di agenti di tali missioni diplomatiche o posti consolari, possono optare unicamente per la legislazione in materia di sicurezza sociale dello Stato del quale sono cittadini.
- (<sup>7</sup>) Il diritto di opzione dei lavoratori impiegati presso missioni diplomatiche o posti consolari, nonché del personale domestico privato di agenti di tali missioni diplomatiche o posti consolari, può essere esercitato al termine di ogni anno civile.





**CERTIFICATO RIGUARDANTE L'AGGREGAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, OCCUPAZIONE O RESIDENZA**

**Malattia – maternità – decesso (assegno) – invalidità**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 9, paragrafo 2; articolo 18, paragrafo 1; articolo 38, paragrafo 1; articolo 64  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 6, paragrafo 2; articolo 16; articolo 39, paragrafi 1 e 2; articolo 79

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia due esemplari all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione la persona interessata è stata soggetta per ultimo. Tale istituzione compila la parte B e rinvia il modulo all'istituzione mittente. Se il modulo è fornito su richiesta della persona interessata, l'istituzione che lo rilascia compila le parti A.2 e B e lo consegna o trasmette alla persona interessata.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate.  
È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

**Parte A**

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: ..... .....

2.	Persona assicurata
2.1	Cognome(i) (2): .....
2.2	Nome(i) (3): ..... Data di nascita: .....
2.3	Cognome da nubile: .....
2.4	Numero di identificazione personale: .....
2.5	A decorrere dalla data di cui al punto 3.1, la persona assicurata ha esercitato un'attività: <input type="checkbox"/> subordinata <input type="checkbox"/> autonoma (4) .....
2.6	<input type="checkbox"/> Nome dell'ultimo datore di lavoro <input type="checkbox"/> Ultima attività come lavoratore autonomo ..... Indirizzo: .....
2.7	<input type="checkbox"/> Datori di lavoro precedenti: ..... <input type="checkbox"/> Attività autonome precedenti: ..... [nome e indirizzo] .....

3. Per dare un seguito alla richiesta presentata dalla persona assicurata di cui sopra, indicare i periodi di assicurazione, occupazione o residenza

3.1 dal .....

3.2 conformemente alla legislazione del vostro paese, per il rischio:

malattia e maternità (5)                       decesso (assegno)                       invalidità (6)

4. Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....

4.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

4.3 Indirizzo: .....

4.4 Timbro

4.5 Data: .....

4.6 Firma: .....

Parte B

5. La persona di cui al punto 2

5.1  è stata assicurata per il rischio malattia-maternità a decorrere dalla data di cui al punto 3.1(7)

5.2  ha completato dal .....

6. i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione per le seguenti prestazioni:  (6)

6.1 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.2 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.3 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.4 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.5 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.6 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.7 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.8 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.9 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

6.10 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7. I seguenti periodi di residenza:

7.1 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.2 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.3 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.4 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.5 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.6 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.7 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.8 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.9 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

7.10 dal ..... al ..... (8) per (9) il rischio .....  (10)

8. Istituzione che compila la parte B

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

8.4 Timbro

8.5 Data: .....

8.6 Firma: .....

## NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che per prima compila il modulo: B = 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare lo Stato.
- (5) Soltanto se l'istituzione destinataria è belga, francese, greca, liechtensteinese o svizzera, indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici: N = prestazioni in natura, E = prestazioni in denaro.
- (6) Per le istituzioni francesi e lettoni.
- (7) Compilare unicamente se l'istituzione competente è belga.
- (8) Se il certificato è destinato ad un'istituzione belga, ceca, greca, lettone, lituana, polacca o liechtensteinese, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando i codici seguenti: D = lavoratore subordinato; I = lavoratore autonomo.  
Se il certificato è destinato ad un'istituzione tedesca, lituana, lussemburghese o polacca, indicare i periodi di assicurazione di cui alla sezione 7 utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria; F = assicurazione volontaria.
- (9) Indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici:  
A = malattia e maternità; B = decesso (assegno); O = invalidità.
- (10) Se l'istituzione competente è cipriota, tedesca, irlandese, ungherese, austriaca o britannica, apporre un crocetta in questa casella, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un periodo di occupazione effettiva; indicare il tipo di attività subordinata o autonoma.
-





**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; articolo 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 <sup>(2)</sup>
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) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nome(i) <sup>(4)</sup> : ..... 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 <sup>(5)</sup>
3.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nome(i) <sup>(4)</sup> : ..... 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<sup>(6)</sup> con essa residenti

4.2  I familiari<sup>(6)</sup> 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.  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 .....

9.1	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 (ZZSZ)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia);*
  - in Slovacchia, la "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;*
  - in Finlandia, l'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);*
  - in Svezia, il "Försäkringskassan" (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;*
  - in 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**

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Da compilare soltanto qualora il modulo sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>5</sup>) 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.
- (<sup>6</sup>) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (<sup>7</sup>) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.
- (<sup>8</sup>) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione greca, ungherese o britannica per lavoratori subordinati o autonomi.
- (<sup>9</sup>) Se il modulo è rilasciato per rinnovare un attestato rilasciato in precedenza, non occorre compilare la parte B.
-

**RICHIESTA DI UN ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA**

*Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a); articolo 19, paragrafo 2; articolo 22, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 25, paragrafi 1, lettera a) e 3, lettera i); articolo 26, paragrafo 1; articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a); articolo 31, lettera a); articolo 52, lettera a); articolo 55, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i*  
*Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafo 1; articolo 21, paragrafo 1; articolo 22, paragrafi 1 e 3; articolo 23; articolo 27 (prima frase); articolo 28; articolo 29, paragrafi 1 e 2; articolo 30, paragrafo 1; articolo 31, paragrafi 1 e 3; articolo 60, paragrafo 1; articolo 62, paragrafi 3, 4 e 7; articolo 63, paragrafi 1 e 3*

*L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione competente, tenendo conto delle disposizioni dei summenzionati articoli del regolamento (CEE) n. 574/72. Se l'istituzione ritiene di non potere inviare il modulo richiesto, deve compilare la parte B e rinviare una delle due copie all'istituzione mittente. Ove il paese competente sia il Belgio, il modulo va trasmesso all'istituto di assicurazione malattia, salvo nei casi in cui si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia riconosciuta come malattia professionale.*

**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. Da compilare a cura dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora**

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....

2.	<input type="checkbox"/> La persona assicurata
2.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Nome(i) <sup>(3)</sup> : ..... Data di nascita: .....
2.3	Cognome da nubile: .....
2.4	Indirizzo: .....
2.5	Numero di identificazione personale <sup>(4)</sup> : .....
2.6	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Richiedente della pensione di <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> reversibilità <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> malattia professionale
2.7	Istituzione responsabile del versamento della pensione .....

3.	<input type="checkbox"/> Ultimo datore di lavoro <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> Ultima attività come lavoratore autonomo <sup>(5)</sup>
3.1	Denominazione: .....
3.2	Indirizzo: .....
3.3	Settore di attività <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Istituto di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro presso il quale il datore di lavoro è assicurato <sup>(7)</sup> : .....

4.	Familiare <sup>(8)</sup>			
4.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup>	Nome(i) <sup>(3)</sup>	Data di nascita	Numero di identificazione personale <sup>(4)</sup>
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Indirizzo nel paese di residenza <sup>(9)</sup> : .....			
	.....			

5. Il ..... abbiamo ricevuto una richiesta da parte della persona menzionata  
 al punto 2  al punto 4  
 per
- 5.1  la concessione di prestazioni in natura
- 5.2  il mantenimento del diritto alle prestazioni in natura
- 5.3  l'iscrizione presso la nostra istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura
6. Le prestazioni in natura  sono state accordate  non sono state accordate
- 6.1 conformemente all'articolo  29, paragrafo 2  60, paragrafo 1  62, paragrafo 3, del reg. (CEE) n. 574/72.
- 6.2 Il richiedente  non ha più esercitato un'attività fino a questo momento  
 ha esercitato la seguente attività:  
 .....
7. Si prega di inviarci l'attestato riguardante il diritto alle prestazioni su  
 modulo E .....  
 certificato che sostituisce temporaneamente la tessera di assicurazione sanitaria europea o la stessa tessera di assicurazione sanitaria europea (ove possa essere rilasciata a norma della legislazione dello Stato competente)
- valido/a dal ..... al .....
8.  Rapporto medico accluso <sup>(10)</sup>

9.	Istituzione del luogo di residenza o di permanenza			
9.1	Denominazione: .....			
9.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....			
9.3	Indirizzo: .....			
	.....			
9.4	Timbro	9.5	Data:	.....
		9.6	Firma:	.....
				.....

**B. Da compilare a cura dell'istituzione competente**

10.

10.1  Accludiamo il modulo sopra menzionato. Si prega di rinviarci una copia debitamente compilata e firmata<sup>(11)</sup>.

10.2  Non possiamo rilasciarvi il documento richiesto nella parte A, perché  
.....  
.....

11.

Istituzione competente

11.1 Denominazione: .....

11.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

11.3 Indirizzo: .....  
.....  
.....

11.4 Timbro	11.5 Data:
	.....
	11.6 Firma:
	.....

## NOTE

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Per le istituzioni italiane, indicare il "codice fiscale".  
Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.  
Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.  
Per le istituzioni spagnole, fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".
- (<sup>5</sup>) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato o autonomo in attività o un lavoratore disoccupato.
- (<sup>6</sup>) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato ritenuto vittima di un infortunio sul lavoro.
- (<sup>7</sup>) Per la Spagna: la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) o la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina" (direzione provinciale dell'istituto sociale della marina) per il regime speciale dei marittimi.
- (<sup>8</sup>) Compilare soltanto per i familiari per i quali è stata presentata una domanda di registrazione. Per quest'ultima, indicare soltanto un familiare.
- (<sup>9</sup>) Compilare soltanto se l'indirizzo dei familiari è diverso da quello del capofamiglia.
- (<sup>10</sup>) Da accludere soltanto se necessario. In tal caso, apporre una X nella casella corrispondente.
- (<sup>11</sup>) Per le istituzioni olandesi e svizzere e se la natura del modulo da rinviare lo consente.
-



**NOTIFICA DI SOSPENSIONE O DI SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE  
PRESTAZIONI IN NATURA DI ASSICURAZIONE MALATTIA-MATERNITÀ**

**Persone residenti in un paese diverso da quello competente**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a) e paragrafo 2; articolo 25, paragrafo 3, lettera i); articolo 26, paragrafo 1; articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a)  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafi 2 e 3; articolo 27; articolo 28; articolo 29, paragrafo 5; articolo 30; articolo 94, paragrafo 4; articolo 95, paragrafo 4

L'istituzione competente o del luogo di residenza deve compilare la parte A del modulo e inviame due esemplari all'istituzione del luogo di residenza o all'istituzione competente (eventualmente tramite l'organismo di collegamento). L'istituzione che riceve il modulo deve compilare la parte B e rinviare una copia all'istituzione mittente.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

**A. Notifica**

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: ..... .....

2.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore frontaliero (subordinato)
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore frontaliero (autonomo)
	<input type="checkbox"/> Persona disoccupata	
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)	
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)	
	<input type="checkbox"/> Richiedente la pensione	
2.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....	
2.2	Nome(i) <sup>(3)</sup> : .....	Data di nascita: .....
2.3	Cognome da nubile: .....	
2.4	Indirizzo nel paese di residenza: .....	
2.5	Numero di identificazione personale <sup>(4)</sup> : .....	

3.	Familiare <sup>(5)</sup>	
3.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....	
3.2	Nome(i) <sup>(3)</sup> : .....	Data di nascita: .....
3.3	Cognome da nubile: .....	
3.4	Indirizzo nel paese di residenza: .....	
3.5	Numero di identificazione personale: .....	

4. Il diritto alle prestazioni attestato dal nostro  vostro  modulo ..... del .....  
è stato sospeso o soppresso per il seguente motivo:
- 4.1  L'assicurazione della persona sopra menzionata è scaduta il .....
- 4.2  Nessuno dei familiari iscritti della persona assicurata ha risieduto nel nostro  vostro  paese dal  
.....
- 4.3  La pensione o rendita del titolare predetto è stata sospesa o soppressa dal .....
- 4.4  Il titolare del diritto alle prestazioni di cui al punto 2  
o  
 Il familiare di cui al punto 3  
 non ha risieduto nel nostro  vostro  paese dal ..... (data)  
 è deceduto il: ..... (data)
- 4.5  Il familiare di cui al punto 3 non soddisfa più le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato di residenza dal:  
.....
- 4.6  (6): .....

5.	<input type="checkbox"/> Istituzione competente	<input type="checkbox"/> Istituzione del luogo di residenza
5.1	Denominazione: .....	
5.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....	
5.3	Indirizzo: .....	
5.4	Timbro	5.5 Data: .....
		5.6 Firma: .....

#### B. Avviso di ricevimento della notifica

6. Abbiamo ricevuto la notifica (parte A) il .....
7.  L'iscrizione della/e persona/e indicata/e nella parte A si è conclusa il .....
- Confermiamo la sospensione o la soppressione del diritto alle prestazioni di cui al punto 4 e che entrerà in vigore il  
.....

8.	<input type="checkbox"/> Istituzione competente	<input type="checkbox"/> Istituzione del luogo di residenza
8.1	Denominazione: .....	
8.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....	
8.3	Indirizzo: .....	
8.4	Timbro	8.5 Data: .....
		8.6 Firma: .....

## NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che per prima 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Per la competente istituzione italiana, indicare il "codice fiscale".  
Per la competente istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.  
Per la competente istituzione slovacca, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.  
Per le istituzioni spagnole, fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli, il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".
- (5) Compilare se la cessazione del diritto alle prestazioni interessa i familiari.
- (6) Il motivo della sospensione/soppressione va indicato utilizzando le lettere seguenti:
- Il titolare della pensione ha iniziato un'attività nel paese di residenza.
  - Un familiare ha iniziato un'attività nel paese di residenza.
  - Mancato versamento dei contributi.
  - Altro.
-



CERTIFICATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DI UNA PERSONA ASSICURATA E PER L'AGGIORNAMENTO DEGLI ELENCHI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 2  
Regolamento (CEE) n. 574/74: articolo 17, paragrafi 1, 2, 3 e 4; articolo 94, paragrafo 4

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. Qualora i familiari del lavoratore risiedano nel Regno Unito, l'istituzione competente trasmette i due esemplari al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, 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 compila un attestato distinto per ciascuno dei paesi stessi.

**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 In riferimento al 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: .....

2.5 Numero di identificazione personale: .....

2.6 La persona assicurata  è un lavoratore autonomo

3. Familiare

3.1 Cognome(i) (3): .....

3.2 Nome(i) (4): ..... Data di nascita: .....

3.3 Cognome da nubile: .....

3.4 Indirizzo: .....

3.5 Numero di identificazione personale: .....

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

non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono (5)

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 di cui al punto 5<sup>(6)</sup>

6.3  fino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè

6.4  fino al<sup>(7)</sup> ..... incluso.

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 competente

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<sup>(8)</sup>**

9.  <sup>(9)</sup>

I familiari seguenti non sono stati iscritti:

	Cognome(i) <sup>(3)</sup>	Nome(i) <sup>(4)</sup>	Data di nascita	Numero di identificazione personale
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

in quanto

Non hanno diritto alle prestazioni

Hanno già diritto alle prestazioni in natura

Altri motivi

10.  <sup>(9)</sup>

I seguenti familiari del lavoratore di cui al punto 2 sono stati iscritti:

	Cognome(i) <sup>(3)</sup>	Nome(i) <sup>(4)</sup>	Data di nascita	Numero di identificazione personale
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
10.10	Il costo di tali prestazioni è a vostro carico. La data a decorrere dalla quale va calcolato l'importo forfettario di cui all'articolo 94 del regolamento (CEE) n. 574/72 è .....			

11.	Tessera europea d'assicurazione malattia	
11.1	<input type="checkbox"/>	Si rimette in allegato la tessera europea d'assicurazione malattia col numero ..... richiesta nella sezione 7
11.2	<input type="checkbox"/>	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	
12.1	Denominazione: .....	
12.2	Numero di identificazione dell'istituzione:	
12.3	Indirizzo: .....	
12.4	Timbro	12.5 Data: .....
		12.6 Firma: .....

### Informazioni per la persona assicurata

- a) *Il presente modulo dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia o maternità, nel paese ove risiedono, in conformità della legislazione di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza della legislazione citata.*
- b) *Le due copie del presente modulo - 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 ove risiedono, e cioè:*
- in Belgio, la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;*
  - nella Repubblica ceca, allo "Zdravotní pojišťovna", (fondo assicurazione malattia) nel luogo di residenza;*
  - in Danimarca, all'autorità comunale del luogo di residenza;*
  - in Germania, alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;*
  - in Estonia, all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia estone);*
  - 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);*
  - in Irlanda, all'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";*
  - in Italia, all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;*
  - a Cipro, all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia), istituti malattia e maternità; 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, al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);*
  - in Lituania, il "Territorial Patient Fund", istituti malattia e maternità;*
  - 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", 23, 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) a 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;*
  - 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 locale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*
  - nel Regno Unito, al "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, al "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (ministero dello Sviluppo sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
  - in Islanda, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituzione 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" (Organismo di collegamento presso l'assicurazione federale di malattia), Solothurn.*
- c) *Il presente modulo è valido dalla data indicata alla sezione 5 del medesimo e per la durata segnalata al punto 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*
- d) *Voi o 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 o il mutamento dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di permanenza vostro 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 solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.
- (3) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (5) Apporre una X nella casella ove il modulo sia destinato ad un'istituzione irlandese o britannica.
- (6) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.
- (7) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione greca, ungherese o britannica per lavoratori subordinati o autonomi.
- (8) Ove il presente attestato sia rilasciato per rinnovare 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) Delle due sezioni 9 e 10, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.
-

CERTIFICATO RIGUARDANTE IL MANTENIMENTO DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI MALATTIA-MATERNITÀ  
ATTUALMENTE FORNITE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22, paragrafo 1, lettera b).i; articolo 22, paragrafo 1, lettera c).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 22, lettera a); articolo 31  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 22, paragrafi 2 e 3; articolo 23; articolo 31, paragrafi 1 e 3

L'istituzione competente o l'istituzione del luogo di residenza della persona assicurata, del titolare di pensione o del suo familiare trasmette il presente modulo alla persona assicurata, al titolare di pensione o al suo familiare. Ove la persona assicurata o il titolare di pensione si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia del modulo anche al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

1.	<input type="checkbox"/> Persona assicurata	<input type="checkbox"/> Familiare della persona assicurata
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Familiare del lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (lavoratore subordinato)	<input type="checkbox"/> Familiare del titolare di pensione (lavoratore subordinato)
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (lavoratore autonomo)	<input type="checkbox"/> Familiare del titolare di pensione (lavoratore autonomo)
1.1	Cognome(i) (2): .....	
1.2	Nome(i) (3): .....	Data di nascita: .....
1.3	Cognome(i) da nubile: .....	
1.4	Indirizzo nel paese di residenza: .....	
1.5	Indirizzo nel paese ove l'interessato si reca: ..... .....	
1.6	Numero di identificazione personale (4): .....	

2. La persona sopra indicata è autorizzata a conservare il diritto alle prestazioni in natura

dell'assicurazione malattia-maternità                       dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5)  
in ..... (paese), ove si reca

2.1  per stabilire la propria residenza

2.2  per sottoporsi a cure presso (6)  
.....  
.....  
o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche.

2.3  per inviare campioni biologici per le analisi, senza che la persona interessata sia presente.

3. In virtù del presente certificato, le predette prestazioni possono essere concesse  
dal ..... al ..... incluso.

4.	Il rapporto del nostro medico di controllo	
4.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa	
4.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il .....	a (7) .....
4.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione	
4.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato	

5.	Istituzione competente	
5.1	Denominazione: .....	
5.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....	
5.3	Indirizzo: .....	
5.4	Timbro	5.5 Data: .....
		5.6 Firma: .....

## Istruzioni per la persona interessata

Il presente modulo 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**, alla "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;
- nella **Repubblica ceca**, allo "Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) scelto;
- in **Danimarca**, al fornitore delle prestazioni, in genere il medico generico che vi invierà da uno specialista;
- in **Germania**, alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;
- in **Estonia**, all'"Eesti Haigekassa" (Agenzia di assicurazione 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 medico-ospedalieri del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al modulo una fotocopia;
- in **Francia**, alla "Caisse primaire d'assurance malaie" (cassa primaria di assicurazione malattia);
- in **Irlanda**, all'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";
- in **Italia**, all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;
- a **Cipro**, all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità), 1448 Lefkosia;
- in **Lettonia**, al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);
- in **Lituania**, al "Territorial Patient Fund" (fondo territoriale dei pazienti) e agli istituti di malattia-maternità;
- in **Lussemburgo**, alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);
- in **Ungheria**, al fornitore delle cure;
- a **Malta**, al servizio sanitario nazionale (medico, dentista, ospedale, centro sanitario) presso cui vengono dispensate le cure;
- 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'"Agis Verzekeringen", Utrecht;
- in **Austria**, alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale), competente per il luogo di residenza o di permanenza;
- in **Polonia**, all'ufficio regionale del "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza o di permanenza;
- in **Portogallo**, **per il continente**: all'"Administração Regional de Saúde" (amministrazione regionale della sanità) del luogo di residenza o di permanenza; **per Madera**: al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza; **per le Azzorre**: al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza;
- 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. Il modulo dovrà essere esibito al centro sanitario municipale o all'ospedale pubblico che fornisce il trattamento);
- in **Svezia**, al "Försäkringskassan" (ufficio di previdenza sociale). Occorre presentare il modulo all'istituto sanitario che dispensa le cure;
- nel **Regno Unito**, al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;
- in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;
- in **Liechtenstein**, all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;
- in **Norvegia**, al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale);
- in **Svizzera**, all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Ufficio di collegamento con l'assistenza federale di assicurazione malattia), Solothurn. Il modulo va presentato al medico o all'ospedale che dispensa le cure.

## 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) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare il numero della persona assicurata ove il familiare non possiede un numero di identificazione personale.
- (5) Da compilare da parte delle istituzioni francesi per lavoratori agricoli autonomi.
- (6) Compilare se possibile.
- (7) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.



DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25 paragrafo 1, lettera b);  
articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii.

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64

Se il modulo si riferisce ad un lavoratore in attività, 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, il modulo riguarda una persona disoccupata, 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 lavoratore disoccupato si trova in cerca di lavoro.

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

1.	Istituzione competente
1.1	Denominazione: .....
1.2	Indirizzo: .....
1.3	Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore disoccupato
2.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....	Cognome da nubile (se diverso): .....	
2.2	Nome(i): .....	Data di nascita: .....	
2.3	Numero di identificazione personale: .....		
2.4	detentore di un modulo E 119 rilasciato il ..... <sup>(3)</sup> e di un modulo E 303 rilasciato il ..... <sup>(3)</sup>		

3.	Datore di lavoro <sup>(4)</sup>
3.1	Nome o ragione sociale: .....
3.2	Indirizzo: .....

A.  <sup>(5)</sup> Domanda di prestazioni

4.	La persona di cui al punto 2, il ..... (data) ha chiesto prestazioni in denaro per		
	<input type="checkbox"/> un trattamento ospedaliero dal ..... al ..... (date) presso un ospedale o centro di prevenzione o rieducazione <sup>(6)</sup>		
	<input type="checkbox"/> inabilità al lavoro a seguito di		
4.1	<input type="checkbox"/> malattia	<input type="checkbox"/> maternità (data probabile del parto: .....	
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> infortunio occorso il ..... (data)	
	<input type="checkbox"/> malattia professionale	<input type="checkbox"/> adozione	<input type="checkbox"/> compenso ridotto in caso di maternità e adozione

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 protrarrà fino al .....

6.2  non vi è inabilità al lavoro<sup>(7)</sup>

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  L'inabilità al lavoro è dovuta ad altre circostanze specifiche illustrate nei documenti allegati.

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

8.3  Si allega al modulo altra documentazione riguardo alla causa dell'inabilità al lavoro.

9.  Siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro. Si prega di comunicarci se siete d'accordo su tale procedura e, in caso affermativo, di fornirci tutte le informazioni necessarie per il pagamento delle prestazioni<sup>(8)</sup>.

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

**B.  <sup>(5)</sup> Prolungamento dell'inabilità al lavoro**

11. In riferimento al

11.1  nostro modulo E 115 del ..... (data)

11.2  vostro modulo E 117 del ..... (data)

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 di cui al punto 2 sarà presumibilmente inabile al lavoro fino al ..... incluso.

12. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

12.1 Denominazione: .....

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

12.3 Indirizzo: .....  
.....

12.4 Timbro 12.5 Data: .....  
12.6 Firma: .....  
.....

### Informazioni per la persona interessata

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 allo UWW, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

In Slovenia trasmettere il presente modulo - in caso di prestazioni in denaro per maternità – al competente "Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke" (centro affari sociali, Ljubljana Bežigrad, unità centrale per la tutela parentale e la prestazioni familiari) e, in caso d'inabilità al lavoro, all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia).

### NOTE

- (<sup>1</sup>) 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) L'indicazione è da riportare, se del caso, solo se trattasi di lavoratore disoccupato.
- (<sup>4</sup>) Per il lavoratore disoccupato, indicare l'ultimo datore di lavoro.
- (<sup>5</sup>) La redazione delle parti A o B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata.
- (<sup>6</sup>) Nel caso di persone assicurate presso una cassa malattia tedesca o un'istituzione austriaca o belga, ove all'atto di rilascio del modulo ignori la data esatta di uscita dall'ospedale della persona interessata, l'istituzione di sicurezza sociale del luogo di residenza è tenuta a fornire successivamente tali informazioni nel più breve tempo possibile.
- (<sup>7</sup>) Allegare copia del modulo E 118 inviato all'interessato.
- (<sup>8</sup>) Se il modulo è inviato ad una un'istituzione tedesca, italiana, ungherese o polacca, non si deve contrassegnare questa casella.



**RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO  
(MALATTIA, MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO, MALATTIA PROFESSIONALE)**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettera b).ii; paragrafo 1, lettera c).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettere b).ii e c).ii  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64; articolo 65, paragrafi 2 e 4

Da compilare a cura del medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e che deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa, se trattasi di un caso di malattia o di maternità (?).

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.**

1.	Istituzione competente destinataria
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....
1.4	Riferimento: nostro modulo E 116 del ..... (data)

2. Accluso ad un modulo E 115 del ..... (data)

3.	La persona interessata
3.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Cognome da nubile (se diverso): .....
3.3	Nome(i): ..... Data di nascita: .....
3.4	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora: .....
3.5	Numero di identificazione personale: .....

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

il .....

4.1 ritiene che si tratta di

un caso di malattia  un caso di maternità (data probabile del parto: .....)

4.2 ritiene che si tratta probabilmente di

un infortunio sul lavoro  una malattia professionale  un incidente

4.3  una ricaduta o aggravamento

**A. Rapporto generale**

5. Da compilare in tutti il casi

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

5.2 Esame clinico: .....

5.3 Altre osservazioni: .....

5.4 Esami speciali <sup>(4)</sup>: .....

5.5 Diagnosi: .....

5.6 Conclusioni: .....

5.7  L'inabilità al lavoro non è riconosciuta

5.8  L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere dal ..... al .....

5.9  La persona interessata è riconosciuto in parte inabile al lavoro per (..... %) dal ..... al ..... <sup>(5)</sup>

5.10  La persona interessata sarà sottoposta ad un ulteriore controllo medico il .....

5.11  La persona interessata è in grado di lavorare dal .....

**B. Rapporti in caso di infortunio sul lavoro**

6. Primo rapporto medico

6.1 L'infortunio ha provocato le seguenti lesioni <sup>(6)</sup>: .....

6.2 Tali lesioni  hanno avuto  avranno come conseguenza <sup>(7)</sup>

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

6.4 La persona infortunata è curata

al proprio domicilio  presso l'ambulatorio medico

in ospedale  altrove

Indirizzo <sup>(8)</sup>: .....

7. Ultimo rapporto medico

7.1 Il trattamento si è concluso il: .....

7.2 Le lesioni si sono stabilizzate il: .....

7.3  con una guarigione completa

7.4  ed avranno presumibilmente come conseguenza:  
 .....  
 .....

7.5 Descrizione particolareggiata dello stato della persona infortunata dopo la guarigione o la fine del trattamento medico:  
 .....  
 .....  
 .....

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora:

8.1 Denominazione: .....

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

8.3 Indirizzo: .....

8.4 Timbro

8.5 Data: .....

8.6 Firma: .....

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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Il modulo E 116 non è richiesto per domande di prestazioni di maternità erogabili in Belgio. Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente modulo dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia. Per la Repubblica ceca, il Liechtenstein, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia, il modulo è compilato dal medico curante della persona interessata e verificato dall'ente assicurativo.
- (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare il tipo di esame e la data.
- (5) 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 dispensate in ospedale, indicare anche la denominazione dell'ospedale stesso.



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

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b);  
articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii

Reg. olamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 6 e 8; articolo 24; articolo 26, paragrafo 7; articolo 61, paragrafi 6 e 8; articolo 64.

L'istituzione competente compila il presente modulo e lo invia all'istituzione del paese di residenza o di dimora. L'istituzione competente inoltre informa il lavoratore qualora le prestazioni in denaro siano corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine.

1.	Istituzione del luogo di residenza o di dimora
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....

2. Riferimento: vostro modulo E 115 del ..... (data)

3.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore disoccupato
3.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....	Cognome da nubile (se diverso): .....	
3.2	Nome(i): .....	Data di nascita: .....	
3.3	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora: .....		
3.4	Numero di identificazione personale: .....		

4. La persona di cui al punto 3

4.1  ha diritto a titolo temporaneo alle prestazioni in denaro  
dal ..... al ....., con possibilità di proroga

4.2  non ha diritto alle prestazioni in denaro  
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

4.3  non ha più diritto alle prestazioni in denaro dal ..... (data)  
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

5. Le prestazioni saranno versate<sup>(3)</sup>

5.1  a nostra cura

5.2  a vostra cura per nostro conto<sup>(4)</sup>

5.3  dal datore di lavoro<sup>(5)</sup>

dal ..... al .....<sup>(6)</sup>

6.	<sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>
6.1	L'indennità deve essere versata per tutti i giorni della settimana, eccetto <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica
6.2	L'importo giornaliero netto di tale indennità ammonta a ..... <sup>(9)</sup> se la persona assicurata non è ricoverata in ospedale; ..... <sup>(9)</sup> se la persona assicurata è ricoverata in ospedale
6.3	<input type="checkbox"/> Qualora l'indennità sia versata su base mensile, l'importo pagato si riferisce a 30 giorni, indipendentemente dal numero di giorni del mese

- 7. Si prega di informarci quanto prima del risultato
- 7.1  di un esame <sup>(10)</sup>: .....
- 7.2  di un controllo amministrativo: .....
- 7.3  di un ulteriore esame medico, da eseguire verso il .....(data)

8. Istituzione competente

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

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) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (3) Non occorre compilare per le persone disoccupate alle quali è stato rilasciato un modulo E 119.
- (4) L'istituzione competente può qui indicare il metodo di pagamento.
- (5) Quando il formulario è inviato ad un'istituzione francese, polacca, italiana o ungherese, non occorre contrassegnare la casella.
- (6) Va compilato dalle istituzioni danesi, tedesche, lussemburghesi, polacche, ungheresi o slovacche.
- (7) Va compilato dalle istituzioni tedesche, lussemburghesi, polacche, slovacche e spagnole.
- (8) Compilare unicamente nel caso di cui al punto 5.2.
- (9) Indicare l'importo in valuta nazionale.
- (10) Indicare il tipo di esame medico richiesto (radiografia, analisi di ..., ecc.).

\_\_\_\_\_

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

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettere a) ii, b) ii e c) ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettere a) ii, b) ii e c) ii

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 4 e 6; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 4 e 6; articolo 64

Se il modulo riguarda un lavoratore assicurato in attività, l'istituzione del luogo di residenza o di dimora (l'istituzione competente) redige due copie del modulo, una delle quali va inviata al lavoratore assicurato in questione e l'altra all'istituzione di assicurazione malattia e maternità o all'istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali del paese competente (del luogo di residenza o di dimora). Se riguarda una persona disoccupata, oltre alle copie menzionate (una delle quali va inviata alla persona disoccupata in questione), occorre redigere due copie supplementari, una della quali va trasmessa all'istituzione competente di assicurazione contro la disoccupazione e l'altra alla corrispondente istituzione del paese in cui la persona disoccupata si è recata per cercare lavoro.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine e da un allegato di 3 pagine.

1.	Il beneficiario	
1.1	Cognome(i): .....	Cognome da nubile (se diverso): .....
1.2	Nome(i): .....	Data di nascita: .....
1.3	Indirizzo nel paese di residenza o di permanenza: .....	
1.4	Numero di identificazione personale: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Istituzione competente	<input type="checkbox"/> Istituzione del luogo di residenza o di dimora
2.1	Denominazione: .....	
2.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....	
2.3	Indirizzo: .....	

3.	<input type="checkbox"/> Dai fatti portati a nostra conoscenza	
	<input type="checkbox"/> Dal controllo effettuato dal nostro medico il ..... (data) è risultato che	
3.1	<input type="checkbox"/> l'inabilità al lavoro è soltanto parziale	
3.2	<input type="checkbox"/> l'interessato ha diritto ad un'indennità parziale d'importo pari a ..... (2) dal ..... (data)	
3.3	<input type="checkbox"/> non sussiste inabilità al lavoro	
3.4	<input type="checkbox"/> l'inabilità al lavoro è terminata il ..... (3)	
3.5	<input type="checkbox"/> L'ultimo giorno di erogazione delle prestazioni in denaro è il .....	
3.6	<input type="checkbox"/> L'istituzione competente stabilirà quando cesseranno le prestazioni in denaro	
3.7	<input type="checkbox"/> L'interessato non ha diritto alle indennità perché .....	

4.	<input type="checkbox"/> Istituzione del luogo di residenza o di dimora	<input type="checkbox"/> Istituzione competente
4.1	Denominazione: .....	
4.2	Codice di identificazione dell'istituzione: .....	
4.3	Indirizzo: .....	
4.4	Timbro	4.5 Data: .....
		4.6 Firma: .....

**Informazioni per il lavoratore subordinato, il lavoratore autonomo o il lavoratore disoccupato.**

*Avverso la decisione notificata mediante il presente documento, è possibile presentare ricorso. Per particolari circa i mezzi di ricorso e i termini di inoltro, leggere l'allegato. Quanto alle procedure e ai tempi, occorre seguire le istruzioni indicate per lo Stato competente.*

**NOTE**

- (<sup>1</sup>) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: AT = Austria; BE = Belgio; CY=Cipro; CZ = Repubblica ceca; DE = Germania; DK = Danimarca; EE = Estonia; ES = Spagna; FIN = Finlandia; FR = Francia; UK = Regno Unito; GR = Grecia; HU = Ungheria; IE = Irlanda; IT = Italia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; LV = Lettonia; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; PL = Polonia; PT = Portogallo; SE = Svezia; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Informazioni da fornire unicamente se l'istituzione competente compila il modulo. Indicare se le prestazioni sono fornite a cadenza giornaliera, settimanale o mensile.
- (<sup>3</sup>) Si indichi l'ultimo giorno d'inabilità al lavoro.
-

**MEZZI DI RICORSO E TERMINI**

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafo 4; articolo 61, paragrafo 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 tre mesi 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 risieduto in Belgio, il tribunale del lavoro della circoscrizione della sua ultima occupazione in Belgio.

**2. Repubblica ceca**

Avverso la notifica in allegato, l'interessato ha il diritto di introdurre un ricorso presso la competente istituzione ceca di cui ai punti 2 o 4 entro tre giorni dal ricevimento della notifica. Nella decisione sono indicati i termini di ricorso.

**3. 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" (comitato di ricorso sociale, comitato di indennità giornaliera), Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Copenhagen K.

**4. Germania**

L'atto ufficiale diventa vincolante se, entro tre mesi dalla notifica, non è stato introdotto ricorso. Quest'ultimo può essere trasmesso per iscritto, entro tre mesi, alla seguente istituzione tedesca:

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

**5. Estonia**

Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 30 giorni, presso l'"Eesti Haigekassa", Lembitu 10, Tallinn 10114.

**6. Grecia**

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

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

**7. Spagna**

L'interessato può, entro il termine di 30 giorni a decorrere dalla notifica della decisione in allegato, introdurre ricorso contro tale decisione presso la seguente istituzione:

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

**8. Francia**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di 2 mesi a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso il medico capo della seguente cassa di assicurazione malattia:

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

**9. Irlanda**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può inoltrare ricorso presso il "Social Welfare Appeals Office", D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Esso va effettuato entro 21 giorni dalla data di ricevimento della presente decisione.

**10. Italia**

**Decisioni dell'INPS (malattia e maternità)**

Una persona assicurata può contestare una decisione dell'INPS presentando un ricorso amministrativo presso la competente commissione provinciale entro 90 giorni dal ricevimento della relativa decisione.

Inoltre, l'interessato può avviare un procedimento giudiziario entro un anno dalla data di notifica della decisione della commissione oppure, ove la commissione non si sia pronunciata, entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso.

**Decisioni dell'INAIL (infortuni sul lavoro e malattie professionali)**

Una persona assicurata può contestare una decisione dell'INAIL informando quest'ultimo, entro 60 giorni dal ricevimento della notifica e tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, circa i motivi per i quali si ritiene ingiustificata la decisione; in caso di inabilità permanente al lavoro, l'interessato deve indicare l'importo dell'indennità cui ritiene di aver diritto; in tutti i casi, occorre accludere alla lettera di ricorso un certificato medico a sostegno della propria richiesta.

Non ricevendo risposta nel termine di 60 giorni dalla data della ricevuta di ritorno di cui sopra, o qualora la risposta non gli sembri soddisfacente, l'interessato può convenire in giudizio l'INAIL dinanzi all'autorità giudiziaria.

L'opposizione può essere presentata all'INAIL direttamente o per il tramite dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

**11. Cipro**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso presso il ministero del Lavoro e della previdenza sociale entro quindici giorni dalla notifica della decisione. Avverso la decisione del ministero, è possibile introdurre ricorso alla Corte suprema entro 75 giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica della decisione del ministero.

**12. Lettonia**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può, entro il termine di un mese a decorrere dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso:

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

**13. Lituania**

Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può, entro un mese dalla notifica della decisione, introdurre ricorso presso la commissione del contenzioso amministrativo.

**14. Lussemburgo**

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

**15. Ungheria**

Avverso la comunicazione in allegato, l'interessato può richiedere una decisione da parte dell'istituzione ungherese competente (punto 2 o 4 del modulo E 118). La decisione dell'istituzione competente può essere impugnata entro 15 giorni dalla data di ricevimento della notifica della decisione.

**16. Malta**

Se desidera contestare la decisione in allegato, l'interessato può, entro 30 giorni dalla data della decisione, introdurre ricorso presso il "Department of Social Security", Valletta.

**17. Paesi Bassi**

Avverso la comunicazione in allegato, l'interessato può richiedere all'istituzione olandese competente di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118 una decisione impugnabile entro un lasso di tempo ragionevole. Nella decisione saranno specificati i mezzi di ricorso e i termini.

**18. Austria**

Se in disaccordo con le informazioni in allegato (modulo E 118), l'interessato può chiedere una decisione dell'istituzione austriaca competente di cui al punto 2 o 4 del modulo citato, da cui può ricevere le istruzioni da seguire circa il rimedio giuridico più adeguato.

**19. Polonia**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può chiedere una decisione allo "Zakład Ubezpieczeń Społecznych — ZUS" (istituzione di sicurezza sociale) con competenza territoriale sulla sede del datore di lavoro e, nel caso di agricoltori, all'ufficio regionale della "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS" (fondo di sicurezza sociale agricola). Presso tale servizio verrà adottata la decisione circa il diritto alle prestazioni e si verrà informati degli eventuali mezzi di ricorso.

**20. 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.

**21. Slovenia**

Avverso la decisione, l'interessato può presentare ricorso al tribunale del lavoro e degli affari sociali (Labour and Social Court), Ljubljana, Komenskega 7, entro 30 giorni dalla sua notifica.

**22. Slovacchia**

Se in disaccordo con le informazioni indicate e in mancanza di una decisione, l'interessato può richiederla al servizio competente dell'Agenzia delle assicurazioni sociali. Entro 15 giorni dalla data della decisione da parte dell'ufficio locale, è possibile presentare ricorso alla direzione dell'Agenzia in questione. La decisione della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali è definitiva; tuttavia, entro due mesi dalla sua adozione, è possibile introdurre ricorso presso un tribunale regionale competente.

Per questioni diverse dalle prestazioni, l'interessato può presentare ricorso contro la decisione della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali - entro 30 giorni dalla data di ricevimento - presso il tribunale regionale di competenza. L'indirizzo della direzione dell'Agenzia delle assicurazioni sociali è: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8-10, 813 63 Bratislava 1.

**23. Finlandia**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare ricorso entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica della decisione allegata all'istituzione assicurativa finlandese di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118, o all'ente assicurativo più vicino al luogo di residenza, indicato in uno dei punti sopraccitati.

**24. Svezia**

L'interessato può, entro un periodo di due mesi dalla notifica della decisione, presentare ricorso all'istituzione svedese competente di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118. Nel ricorso l'interessato deve specificare il motivo per il quale ritiene ingiustificata tale decisione.

**25. Regno Unito**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 28 giorni dalla data di ricevimento della decisione, al "Pension Service, International Pension Centre" (servizio pensioni, centro internazionale pensioni), Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, o al "Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (ministero della Sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast, se del caso.

**26. Islanda**

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

**27. 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 altresì, 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.

**28. Norvegia**

L'interessato può introdurre ricorso contro una decisione norvegese all'istituzione di cui al punto 2 o 4 del modulo E 118, entro sei settimane dal ricevimento della notifica della decisione.

**29. Svizzera**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare ricorso presso l'istituzione entro 30 giorni dal ricevimento della decisione. La decisione pronunciata su opposizione deve indicare i mezzi di ricorso e i relativi termini.





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

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 26, paragrafo 1

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 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. 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 alla sezione 6. Se del caso, entrambe le copie vanno anzitutto trasmesse all'istituzione che deve compilare le sezioni 5 e 6.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

A. Notifica del diritto

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

2.	Richiedente la pensione	
2.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....	Cognome da nubile (se diverso): .....
2.2	Nome(i): .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese di residenza: .....	
2.4	Numero di identificazione personale: .....	

3.	Da compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione		
3.1	Il richiedente summenzionato ha presentato il ..... una domanda di pensione per		
	<input type="checkbox"/> vecchiaia	<input type="checkbox"/> invalidità	<input type="checkbox"/> reversibilità
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> malattia professionale	
3.2	<input type="checkbox"/> Dall'esame di tale domanda risulta che la persona può ottenere la pensione.		

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

5. Da compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione, o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda.

5.1 Numero di identificazione dell'istituzione d'istruttoria: .....

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

5.3  dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

5.4  per un anno, con inizio il ..... (data)

6. Istituzione che compila la sezione 5

6.1 Denominazione: .....

6.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

6.3 Indirizzo: .....

6.4 Timbro

6.5 Data: .....

6.6 Firma: .....

**B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione**

7.  (\*)

7.1 La persona indicata alla sezione 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:  
 .....  
 .....

8.  (\*)

8.1 La persona indicata alla sezione 2 ed i suoi familiari sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione il .....(data)

9. Familiari iscritti

9.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup>	Nome(i)	Sesso		Data di nascita	Numero di identificazione personale
			F	M		
9.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

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 per la persona assicurata

- 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**, alla “mutualité” (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) scelta;*
  - 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 o di permanenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. È necessario esibire il modulo con una fotocopia;*
  - 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’unità 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); l’assistenza del servizio medico è concessa senza contatti preliminari con l’istituzione;*
  - 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**, al ministero della Sanità, 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/zdravotná poisťovňa” (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata,*
  - in **Finlandia**, all’ufficio locale del “Kansaneläkelaitos” (istituzione di sicurezza sociale);*
  - in **Svezia**, al “Födersäaekringskassan” (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza. L’assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l’istituzione;*
  - in **Islanda**, al “Tryggingastofnun ríkisin” (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.*
- 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 domicilio vostro e dei vostri familiari, ecc.*

## NOTE

- (<sup>1</sup>) 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Da compilare soltanto qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell’istituzione del luogo di residenza. Ove il richiedente la pensione 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.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell’ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Delle due sezioni 7 o 8, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.



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 <sup>(2)</sup>
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) <sup>(3)</sup> : .....	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:	
	<input type="checkbox"/> un lavoratore subordinato	
	<input type="checkbox"/> un lavoratore autonomo	
	<input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliere (subordinato)	
	<input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliere (autonomo)	
	<input type="checkbox"/> un lavoratore disoccupato	

3.	Da compilare da parte dell'istituzione debitrice della pensione		
3.1	La persona sopra menzionata è titolare di pensione di		
	<input type="checkbox"/> vecchiaia	<input type="checkbox"/> invalidità	<input type="checkbox"/> reversibilità
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> malattia professionale	
3.2	dal: .....		

4.	Istituzione che compila la sezione 3 <sup>(4)</sup>		
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)<sup>(3)</sup>: ..... Cognome da nubile (se diverso)<sup>(3)</sup>:  
 .....  
 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<sup>(5)</sup>

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 .....<sup>(6)</sup>

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<sup>(4)</sup>

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-iscrizione**

9.  <sup>(7)</sup>

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 iscritta10.2  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 numero ..... richiesta nella sezione 711.2  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 "mutualité" (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 agentūra" (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 ríkisin” (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavík;  
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

- (<sup>1</sup>) Sigla del paese dell’istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GRr = 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) 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 risieda 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.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell’ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) In Ungheria, questa sezione è compilata dall’istituzione di assicurazione malattia-maternità.
- (<sup>5</sup>) In Italia, le sezioni 6 e 7 devono essere completate esclusivamente dall’ASL o dal ministero della Salute.
- (<sup>6</sup>) Se il modulo è rilasciato da un’istituzione tedesca, francese, ungherese, italiana o portoghese e riguarda un familiare.
- (<sup>7</sup>) Delle due sezioni 8 o 9, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.



ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA NEL QUADRO DELL'ASSICURAZIONE CONTRO  
GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 52, lettera a); articolo 55, paragrafo 1, lettere a).i, b).i e c).i  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 60, paragrafo 1; articolo 62, paragrafi 4 e 6; articolo 63, paragrafi 1 e 3

Se il modulo è stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora della persona interessata per il tramite del modulo E 107, esso va inviato a tale istituzione; negli altri casi, esso va consegnato alla persona assicurata.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.**

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

2.	Persona assicurata
2.1	Cognome(i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Cognome da nubile (se diverso): .....
2.3	Nome(i): ..... Data di nascita: .....
2.4	Numero di identificazione personale: .....
2.5	La persona assicurata è <input type="checkbox"/> un lavoratore subordinato <input type="checkbox"/> un lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliero (subordinato) <input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliero (autonomo) <input type="checkbox"/> un lavoratore disoccupato

3.	A seguito
3.1	<input type="checkbox"/> delle informazioni fornite nel vostro modulo E 107 del .....
3.2	<input type="checkbox"/> dell'infortunio sul lavoro occorso il ..... con le seguenti conseguenze: ..... .....
3.3	<input type="checkbox"/> della malattia professionale constatata il ..... con le seguenti conseguenze: .....
3.4	<input type="checkbox"/> dell'autorizzazione da noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in ..... (paese), ove si reca <input type="checkbox"/> per stabilire la propria residenza <input type="checkbox"/> per cure

4. Alla persona predetta 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  dal .....  al .....

4.3  per un massimo di tre mesi

4.4  senza limite di tempo

5. Il rapporto del nostro medico di controllo

5.1  è allegato in busta chiusa

5.2  è stato inviato il ..... a<sup>(4)</sup>.....  
 .....

5.3  ci può essere richiesto

5.4  non è stato compilato

6. Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

6.3 Indirizzo: .....

6.4 Timbro

6.5. Data: .....

6.6. Firma: .....

#### Informazioni per la persona assicurata

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**,

- a) in caso di prestazioni in natura per malattia o incidente nella vita privata: la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;  
 b) in caso di prestazioni in natura per malattia professionale: il "Fonds des maladies professionnelles" (fondo malattie professionali), 1210 Bruxelles;

nella **Repubblica ceca**, il competente "Zdravotní pojišťovna" (fondo d'assicurazione malattia);

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 **Danimarca**, l'assistenza di un medico o di un dentista può essere ottenuta contattando un medico generico o un dentista del servizio sanitario pubblico. Le persone che richiedono d'urgenza un trattamento ospedaliero possono recarsi direttamente presso un ospedale pubblico;

in **Germania**, l'istituto assicurativo contro gli infortuni competente per il luogo di residenza o di permanenza;

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**, i servizi medico-ospedalieri del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. È necessario esibire il modulo con una fotocopia;

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

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

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

in **Italia**,

- a) per le prestazioni in natura, l'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea competente per territorio;  
 b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, la sede provinciale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

in **Lettonia**, il “Vesēlības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);

in **Lituania**, il “Teritorinė ligonių kasa” (fondo territoriale dei pazienti). L’assistenza del servizio medico è concessa senza contatti preliminari con l’istituzione;

in **Lussemburgo**, la “Association d’assurance contre les accidents” (associazione di assicurazione contro gli infortuni);

in **Ungheria**, il 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**, una qualsiasi cassa malattia competente per il luogo di residenza; o, in caso di soggiorno temporaneo, l’“Agis zorgverzekeringen” (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht. L’assistenza di un medico, dentista o farmacista può essere richiesta senza contatti preliminari con l’“Agis zorgverzekeringen”;

in **Austria**, la “Gebietskrankenkasse” (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o permanenza o l’“Allgemeine Unfallversicherungsanstalt” (ufficio assicurativo per gli infortuni), Vienna;

in **Polonia**, l’ufficio regionale del “Narodowy Fundusz Zdrowia” (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di permanenza;

in **Portogallo**, il “Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais” (centro nazionale per la tutela contro i rischi professionali), Lisbona;

in **Slovenia**, l’unità regionale competente dello “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;

in **Slovacchia**, lo “zdravotná poisťovňa” (compagnia di assicurazione malattia) scelto dalla persona assicurata;

in **Finlandia**, il “Tapaturmavakuutuslaitosten liitto” (federazione delle istituzioni di assicurazione contro gli infortuni);

in **Svezia**, il “Försäkringskassan” (ufficio di previdenza sociale). L’assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l’istituzione;

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

in **Islanda**, il “Tryggingastofnun ríkisin” (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

in **Liechtenstein**, l’“Amt für Volkswirtschaft” (ufficio di economia nazionale), Vaduz;

in **Norvegia**, il “Lokale trygdekontor” (ufficio assicurativo locale). Si può richiedere l’assistenza senza contatti preliminari con l’istituzione;

in **Svizzera**, la “Caisse nationale Suisse d’assurance en cas d’accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio”, Lucerna. L’assistenza del servizio medico (ospedale, medico, dentista, ecc.) può essere richiesta senza contatti preliminari con l’istituzione.

## NOTE

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall’istituzione del luogo di residenza o di permanenza della persona assicurata. Ove l’assicurato si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia del modulo anche al “Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre”, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell’ordine dello stato civile.
- (<sup>4</sup>) Denominazione ed indirizzo dell’istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.



DOMANDA DI ASSEGNI IN CASO DI MORTE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 65  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 78

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1.	Il sottoscritto	
1.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> :	Cognome da nubile (se diverso):
1.2	Nome(i):	Data di nascita:
1.3	Numero di identificazione personale:	
1.4	Istituzione presso la quale è assicurato <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> :	
1.5	Rapporto di parentela con il/la deceduto/a:	
1.6	Indirizzo:	

2. chiede il beneficio di un assegno per il decesso della seguente persona<sup>(5)</sup>

3.			
3.1	Cognome(i):	Cognome da nubile (se diverso):	
3.2	Nome:	Data di nascita:	
3.3	Numero di identificazione personale:		
3.4	Data del decesso:		
3.5	Causa del decesso:		
	<input type="checkbox"/> malattia	<input type="checkbox"/> incidente	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro
	<input type="checkbox"/> malattia professionale	<input type="checkbox"/> atto di terzi	<input type="checkbox"/> altre cause
3.6	Istituzione presso la quale il/la deceduto/a era assicurato/a <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> :		

4. Il richiedente  era  non era a carico del/la deceduto/a
5. Il/la deceduto/a  era  non era a carico del richiedente
6. Il/la deceduto/a  era  non era alloggiato/a 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 residente<sup>(6)</sup>
7. Il richiedente  è  non è un impresario di pompe funebri o un agente o rappresentante di un impresario di pompe funebri<sup>(6)</sup><sup>(7)</sup>
- Il richiedente  è  non è una persona giuridica di diritto privato che, in esecuzione di un contratto di assicurazione, ha assunto a suo carico una parte o la totalità delle spese<sup>(6)</sup>
8. Le spese funerarie ammontano a<sup>(8)</sup> ..... ; e sono state sostenute da .....
9. In allegato figurano i documenti seguenti: .....

10. Si prega di versare l'importo dovuto sul mio conto n. IBAN .....  
 presso ..... (codice BIC / SWIFT).....  
 in .....<sup>(9)</sup>
11. Data: .....
- 11.1 Firma: .....

### Istruzioni per il richiedente

a) Per beneficiare di un assegno di morte occorre presentare una domanda, utilizzando il presente modulo:

- all'istituzione di assicurazioni competente, oppure
- all'istituzione del luogo in cui vi trovate, che è:

in **Belgio**, la "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia);

nella **Repubblica ceca**, l' "Úřad práce" (ufficio del lavoro) del luogo di residenza o di permanenza;

in **Danimarca**, il ministero degli Interni e della sanità, Copenhagen;

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) del luogo di residenza;

in **Francia**, l'organismo che fornisce o fornirebbe 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 **Lettonia**, il "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (ente statale di assicurazione sociale);

in **Lituania**, il "Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (ufficio municipale di assistenza sociale) del luogo di residenza o di permanenza;

in **Lussemburgo**, l'"Union des caisses de maladie" (unione casse malattia);

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

in **Polonia**, la "Zakład Ubezpieczeń Społecznych" (istituto di assicurazione sociale — ZUS), ufficio con competenza territoriale sul luogo di residenza o di permanenza o, per gli agricoltori, l'ufficio regionale competente del "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego" (fondo di assicurazione sociale per l'agricoltura — KRUS), lo "Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji" (ufficio pensioni del ministero degli Affari interni e dell'amministrazione — organismo di collegamento per regimi particolari);

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), Funchal; per le **Azzorre**: il "Centro de Prestações Pecuniárias" (centro prestazioni in denaro) nel luogo di residenza;

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

in **Slovacchia**, l'"Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (ufficio del lavoro, degli affari sociali e della famiglia) nel luogo di residenza o di permanenza della persona deceduta;

in **Finlandia**, il "Kansaneläkelaitos" (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;

in **Svezia**, il "Försäkringkassan" (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o di permanenza;

in **Estonia**, il "Sotsiaalkindlustusamet" (comitato delle assicurazioni sociali), Tallinn;

in **Islanda**, il "Tryggingastofnun ríkisin" (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

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

in **Norvegia**, il "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza o di permanenza;

in **Svizzera**, l'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.

b) Alla domanda occorre allegare i seguenti documenti:

- per il **Belgio**,  
 copia del certificato di morte rilasciata dall'amministrazione comunale;  
 fatture quietanzate relative alle spese funerarie;  
 qualsiasi documento atto a comprovare il rapporto di parentela diretta o acquisita oppure, eventualmente, la convivenza con la persona deceduta;
- per la **Danimarca**,  
 certificato di morte;  
 leggere attentamente le «veileoning om ansøegning for begravelseshjelp» (istruzioni per richiesta di indennità in caso di morte) che verranno inviate in un secondo tempo;
- per la **Grecia**,  
 certificato di morte, libretto sanitario, tessere di assicurazione e, se del caso, fatture quietanzate relative alle spese funerarie;
- per la **Spagna**,  
 certificato di morte;  
 certificato comprovante il rapporto di parentela, oppure fatture quietanzate relative alle spese funerarie, ove il richiedente non abbia rapporti di parentela con la persona deceduta;
- per la **Francia**,  
 in ogni caso, certificato di morte della persona assicurata;  
 inoltre, a seconda dei casi:  
 — se si è il coniuge della persona assicurata, la "fiche familiale" (stato di famiglia),  
 — se si è un discendente della persona deceduta (figlio, figlia, nipote, ecc.)  
 la "fiche familiale" (stato di famiglia) che attesti il rapporto di parentela con la persona deceduta,  
 — se si è un ascendente della persona deceduta (genitore, nonno, ecc.), la  
 "fiche individuelle" (scheda individuale) dello stato civile,  
 — se si era a carico ad altro titolo, dichiarazione sull'onore attestante che si  
 era totalmente, effettivamente e permanentemente a carico della persona deceduta;

<i>per l'Irlanda,</i>	<i>certificato di morte; se del caso, certificato di matrimonio; preventivo o saldo delle spese funerarie o ricevuta delle suddette spese, ove siano già state pagate;</i>
<i>per l'Italia,</i>	<i>certificato di morte; documento di iscrizione all'assicurazione; se del caso, stato di famiglia;</i>
<i>per la Lettonia,</i>	<i>certificato di morte;</i>
<i>per la Lituania,</i>	<i>certificato di morte;</i>
<i>per il Lussemburgo,</i>	<i>certificato di morte; fatture quietanzate relative alle spese funerarie; se del caso, certificato dell'amministrazione comunale attestante la coabitazione;</i>
<i>per l'Austria,</i>	<i>certificato di morte; fatture quietanzate relative alle spese funerarie;</i>
<i>per la Polonia,</i>	<i>certificato di morte, fatture originali delle spese funerarie, dichiarazione del richiedente attestante che non è stata concessa alcuna indennità analoga;</i>
<i>per il Portogallo,</i>	<i>certificato di morte e fatture quietanzate relative alle spese funerarie;</i>
<i>per la Slovenia,</i>	<i>per l'indennità funeraria: certificato di morte o documento attestante la registrazione del decesso della persona assicurata, originale della fattura relativa alle spese funerarie, per l'assegno di morte: certificato di morte o documento attestante la registrazione del decesso della persona assicurata; in caso di morte del coniuge - certificato di matrimonio; in caso di morte di uno dei genitori, il figlio deve presentare un certificato di nascita, certificato d'iscrizione alla scuola o all'università (se ha più di 18 anni); i richiedenti non assicurati come familiari della persona deceduta debbono presentare un idoneo documento attestante l'obbligo della persona deceduta di provvedere alle loro necessità fino alla sua morte;</i>
<i>per la Slovacchia,</i>	<i>certificato di morte e fatture quietanzate relative alle spese funerarie;</i>
<i>per l'Estonia,</i>	<i>certificato di morte; ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, lettera dell'avvocato dell'avente diritto; se il decesso è avvenuto in territorio estone, al certificato di morte occorre allegare un certificato per la richiesta di indennità;</i>
<i>per la Finlandia,</i>	<i>certificato di morte; documenti che comprovino il rapporto con la persona deceduta; ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, lettera dell'avvocato dell'avente diritto;</i>
<i>per la Svezia,</i>	<i>certificato di morte; certificato attestante la causa del decesso;</i>
<i>per il Liechtenstein,</i>	<i>certificato di morte; certificato attestante la causa del decesso; fatture quietanzate relative alle spese funerarie;</i>
<i>per la Norvegia,</i>	<i>certificato di morte.</i>

#### NOTE

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) Unicamente se si tratta di un lavoratore o di un titolare (o richiedente) di pensione.
- (<sup>4</sup>) Indicare la denominazione e l'indirizzo.
- (<sup>5</sup>) Per le istituzioni portoghesi, compilare la pagina supplementare acclusa.
- (<sup>6</sup>) Da compilare 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.
- (<sup>7</sup>) Ove il richiedente sia un impresario di pompe funebri, occorre presentare una lettera dell'avvocato dell'avente diritto se l'indennità è richiesta a titolo della legislazione finlandese o estone.
- (<sup>8</sup>) Indicare l'importo nella valuta del paese di residenza del richiedente.
- (<sup>9</sup>) Non si applica alle istituzioni irlandesi.

**INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI  
PER LE ISTITUZIONI PORTOGHESI**

1.	Coniuge		
1.1	Stato civile		
	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> risposato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a
1.2	All'atto del decesso, viveva l'interessato sotto lo stesso tetto ed era a carico della persona deceduta?		
	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

2.	Figli aventi diritto agli assegni familiari					
	Cognome(i)	Nome(i)	Rapporto di parentela	Data di nascita		Figlio disabile
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 36, paragrafi 1 e 2; articolo 63, paragrafo 1; articolo 87, paragrafo 1  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 93, paragrafi 1, 2, 4 e 5; articolo 105, paragrafo 1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario della prestazione.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Fattura n. ....  1° semestre  2° semestre dell'esercizio finanziario 20 .....

2. Istituzione competente destinataria

2.1 Denominazione: .....

2.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.3 Indirizzo: .....

3. Beneficiario della prestazione

3.1 Cognome(i)<sup>(2)</sup>: .....

3.2 Cognome da nubile (se diverso): .....

3.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

3.4 Numero di identificazione personale<sup>(3)</sup>:  
a) concessa dall'istituzione competente  
.....  
b) concessa dall'istituzione creditrice  
.....

3.5 La persona assicurata è

un lavoratore subordinato

un lavoratore autonomo

un lavoratore frontaliero (subordinato)

un lavoratore frontaliero (autonomo)

un lavoratore disoccupato

4. La persona di cui sopra ha ricevuto prestazioni sulla base del seguente documento:

4.1  Numero di tessera di assicurazione sanitaria europea: ..... Data di scadenza: .....

Certificato provvisorio che sostituisce il numero di tessera di assicurazione sanitaria europea: .....  
datato: ..... valido dal ..... al .....

Modulo E ..... datato ..... valido dal ..... al .....

4.2 La persona sopra indicata  
è stata sottoposta alla perizia medica richiesta il .....

5. Spese sostenute		Importo (4)
5.1	<b>Per prestazioni in natura corrisposte</b> dal ..... al .....	.....
	a seguito di (5) <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> incidente nella vita privata	
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro o malattia professionale	
5.2	Terapia medica .....	.....
5.3	Cure ortodontiche .....	.....
5.4	Farmaci .....	.....
5.5	Ricovero ospedaliero dal ..... al .....	.....
	dal ..... al .....	.....
5.6	Altre prestazioni (6) .....	.....
	.....	.....
5.7	<b>Totale prestazioni in natura</b> .....	.....
5.8	<b>Esami medici (7)</b> .....	.....
	.....	.....
5.9	<b>Per prestazioni in denaro</b> dal ..... al .....	.....
5.10	<b>Totale delle spese</b> .....	.....
	.....	.....

6. Istituzione creditrice	
6.1	Denominazione: .....
6.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
6.3	Indirizzo: .....
	.....
6.4	Timbro (8)
6.5	Data: .....
6.6	Firma: .....
	.....

7.	Spazio riservato ad uso dell'istituzione del paese competente

## NOTE

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicare le tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) Se il beneficiario della prestazione è un familiare iscritto in base al modulo E 106, indicare il numero di identificazione personale della persona assicurata.
- (<sup>4</sup>) Indicare l'importo in valuta nazionale.
- (<sup>5</sup>) Se il modulo è destinato ad un'istituzione svizzera.
- (<sup>6</sup>) Indicare il tipo di prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, mezzi diagnostici complementari, ecc.
- (<sup>7</sup>) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli ed esami) effettuati.
- (<sup>8</sup>) Non occorre il timbro per un modulo trasmesso e firmato per via elettronica.
-



**TARIFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22, paragrafo 1, lettera a).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 22, lettera a); articolo 31, lettera a); articolo 34, lettera a);  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 34

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia, direttamente o tramite un organismo di collegamento, due copie all'istituzione che avrebbe dovuto fornire le prestazioni alla persona interessata nel paese di dimora. L'istituzione del luogo di dimora, dopo aver compilato la parte B del modulo, rinvia una copia all'istituzione competente.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.**

**A. Richiesta**

1.	Istituzione destinataria (2)
1.1	Denominazione: .....
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
1.3	Indirizzo: .....
	.....
	.....

2.	<input type="checkbox"/> Persona avente diritto
2.1	Cognome(i) (3): .....
2.2	Cognome da nubile (se diverso): .....
2.3	Nome(i): ..... Data di nascita: .....
	.....
	.....
2.4	Numero di identificazione personale: .....
	.....
2.5	La persona è/era
	<input type="checkbox"/> un lavoratore subordinato
	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliero (subordinato)
	<input type="checkbox"/> un lavoratore frontaliero (autonomo)
	<input type="checkbox"/> un lavoratore disoccupato

3.	Familiare che ha ricevuto le cure:
3.1	Cognome(i) (3): .....
3.2	Nome(i): ..... Data di nascita: .....
3.3	Numero di identificazione personale: .....
	.....
4.	La persona sopra indicata
4.1	durante una temporanea dimora in ..... (paese)
4.2	a ..... (città)
4.3	ha pagato personalmente le prestazioni necessarie .....
5.	Si prega di indicare sulle ricevute accluse, per ogni prestazione, l'importo da rimborsare secondo le tariffe applicate dall'istituzione del paese di permanenza. Unicamente per il Lussemburgo, indicare l'importo del contributo a carico dell'interessato.
6.	In allegato figurano ..... ricevute.

7.	Istituzione competente		
7.1	Denominazione: .....		
7.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....		
7.3	Indirizzo: .....		
7.4	Timbro	7.5.	Data: .....
		7.6.	Firma: .....

**B. Risposta**

8. In allegato figurano ..... ricevute con le tariffe richieste
9.  Importo da rimborsare .....  Nessun rimborso

10.	Osservazioni: .....
	.....
	.....
	.....

11.	Istituzione del luogo di dimora		
11.1	Denominazione: .....		
11.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....		
11.3	Indirizzo: .....		
11.4	Timbro	11.5	Data: .....
		11.6	Firma: .....

**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) Ove l'istituzione, che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il modulo all'organismo di collegamento del paese di dimora, ovvero:
- in Belgio, all' "Institut national d'assurance maladie-invalidité" (INAMI) (istituto nazionale di assicurazione malattia-invalidità), Bruxelles;*  
*nella Repubblica ceca, al "CMU" (centro per i rimborsi internazionali), Praga;*  
*in Danimarca, al ministero degli Interni e della sanità, Copenhagen;*  
*in Germania, al "DVKA" (ente di collegamento tedesco per l'assicurazione malattia – servizio internazionale), Bonn;*  
*in Estonia, all' "Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);*  
*in Grecia, all'ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA); quando si tratta di un marittimo, la cassa pensione marittimi (NAT);*  
*in Spagna, all' "Instituto Nacional de la Seguridad Social" (istituto nazionale della sicurezza sociale), Madrid;*  
*in Francia, al "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (centro relazioni europee ed internazionali per la sicurezza sociale), Parigi;*  
*in Irlanda, al "Department of Health" (ministero della Sanità), Dublino;*  
*in Italia, al ministero della Salute, Roma;*  
*a Cipro, all' "Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità, 1448 Lefkosia);*  
*in Lettonia, al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria), Riga;*  
*in Lituania, al "Teritorinė ligonių kasa" (fondo territoriale dei pazienti), Vilnius;*  
*in Lussemburgo, all' "Union des Caisses de maladie" (unione casse malattia), Lussemburgo;*  
*in Ungheria, allo "Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo nazionale di assicurazione malattia), Budapest;*  
*a Malta, all' "Entitlement Unit, Ministry of Health", 23, St. John Street, Valletta;*  
*nei Paesi Bassi, all' "Agis Zorgverzekeringen" (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*  
*in Austria, all' "Hauptverband der oesterreichische Socialversicherungstraeger" (associazione principale degli istituti di sicurezza sociali austriaci), Vienna;*  
*in Polonia, al "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale), Varsavia;*  
*in Portogallo, al "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale), Lisbona;*  
*in Slovenia, allo "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - Direkcija" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia - Direzione), Ljubljana;*  
*in Slovacchia, all' "Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou" (autorità di controllo delle cure sanitarie), Bratislava;*

*in Finlandia, al "Kansaneläkelaitos" (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;*  
*in Svezia, al "Riksförsäkringsverket" (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma;*  
*in Islanda, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavík;*  
*in Liechtenstein, all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;*  
*in Norvegia, al "Rikstrygdeverket" (amministrazione dell'assicurazione nazionale), Oslo;*  
*in Svizzera, all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.*

(<sup>3</sup>) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

---



**DISTINTA INDIVIDUALE DEI PAGAMENTI FORFETTARI MENSILI**

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 36, paragrafi 1 e 2  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 94; articolo 95

Il presente modulo 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 regolamento (CEE) n. 574/72.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari), utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. Un modulo a parte va compilato per ciascun titolare di pensione e per ciascun familiare del titolare di pensione.**

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

2. Istituzione competente

2.1 Denominazione: .....

2.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.3 Indirizzo: .....

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

lavoratore subordinato  titolare di pensione

lavoratore autonomo

3.1 Cognome(i) (3): .....

3.2 Cognome da nubile (se diverso): .....

3.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

3.4 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione competente: .....

3.5 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione creditrice: .....

4. La presente rilevazione individuale riguarda

4.1  i familiari della persona di cui al punto 3 residenti all'indirizzo: .....

4.2  il titolare di pensione di cui al punto 3 residente all'indirizzo: .....

4.3  il seguente familiare del titolare di pensione di cui al punto 3

il seguente familiare della persona di cui al punto 3 (4)

4.3.1 Cognome (3): .....

4.3.2 Nome: ..... Data di nascita: .....

4.3.3 Indirizzo: .....

4.3.4 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione competente: .....

4.3.5 Numero di identificazione personale assegnato dall'istituzione creditrice: .....

5. Il diritto alle prestazioni in natura dei familiari del suddetto lavoratore o del suddetto titolare di pensione e dei suoi familiari è stato attestato con il vostro modulo E ..... del ..... (data)

6. Per il periodo durante il quale si è protrato tale diritto

(dal ..... al .....),

6.1 il numero di pagamenti forfettari mensili è di .....

6.2  per nucleo familiare a prescindere dal numero di familiari e a tariffa unica;

per titolare di pensione o suo familiare – ciascuno dotato di modulo E individuale e della medesima tariffa per il titolare di pensione e i suoi familiari;

per persona singola<sup>(4)</sup>.

7. Istituzione creditrice

7.1 Denominazione: .....

7.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

7.3 Indirizzo: .....

.....

7.4 Timbro<sup>(5)</sup> 7.5. Data: .....

7.6. Firma: .....

.....

#### 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) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.

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

(4) Nel caso di regime speciale di pagamento forfettario.

(5) Non occorre il timbro per un modulo trasmesso e firmato per via elettronica.