

11. Tessera europea d'assicurazione malattia

11.1 Si rimette in allegato la tessera europea d'assicurazione malattia col numero richiesta nella sezione 7

11.2 Si prega indicare le misure da applicare riguardo la tessera europea d'assicurazione malattia emessa al membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero e valida fino al

12. Istituzione del luogo di residenza

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 Islandia, 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	
	<input type="checkbox"/> dell'assicurazione malattia-maternità	<input type="checkbox"/> dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5)
	in (paese), ove si reca	
2.1	<input type="checkbox"/> per stabilire la propria residenza	
2.2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 "Zdravotni 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 ríkisinn" (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 possieda 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.

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 ⁽²⁾	
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) ⁽³⁾ :	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) ⁽³⁾	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:

②

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 (ZZSZ)" (Istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;*
 - in Slovacchia, alla "zdravotná poisťovňa/zdravotná poisťovna" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata,*
 - in Finlandia, all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale);*
 - in Svezia, al "Födersäkeringskassan" (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

- (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) 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.
- (³) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (⁴) 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 ⁽²⁾
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:
1.4	Riferimento: vostro modulo E 107 del

2.	Titolare di pensione	
2.1	Cognome(i) ⁽³⁾ :	Cognome da nubile (se diverso):
2.2	Nome(i):	Data di nascita:
2.3	Indirizzo nel paese di residenza:	
2.4	Data del trasferimento di residenza:	
2.5	Numero di identificazione personale:	
2.6	Il titolare di pensione era:	
	<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.	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 ⁽⁴⁾		
4.1	Denominazione:		
4.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
4.3	Indirizzo:		
4.4	Timbro	4.5	Data:
		4.6	Firma:

5. Familiare del titolare di pensione

5.1 Cognome(i)⁽³⁾: Cognome da nubile (se diverso)⁽³⁾:

5.2 Nome(i): Data di nascita:

5.3 Indirizzo nel paese di residenza:

5.4 Numero di identificazione personale:

5.5 Data del trasferimento di residenza:

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

6.1 Numero di identificazione dell'istituzione d'istruttoria:

6.2 La persona di cui alla sezione 2
 La persona di cui alla sezione 5
 ha diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal

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

6.4 dal e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

6.5 per un anno, con inizio il⁽⁶⁾

6.6 Il presente attestato pone fine alla validità del modulo E del

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

8. Istituzione che compila la sezione 6⁽⁴⁾

8.1 Denominazione:

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

8.3 Indirizzo:

8.4 Timbro 8.5 Data:

8.6 Firma:

B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione

9. ⁽⁷⁾

9.1 La persona di cui alla sezione 2
 La persona di cui alla sezione 5 non ha potuto essere iscritta

9.2 perché ha già diritto alle prestazioni in natura secondo la legislazione del nostro paese

9.3 altri motivi:

②

10. (?)

10.1 La persona di cui alla sezione 2
 La persona di cui alla sezione 5
è stata iscritta

10.2 Il costo di tali prestazioni è a vostro carico; la data a decorrere dalla quale va calcolato l'importo forfettario di cui all'articolo 95 del regolamento (CEE) n. 574/72 è

11. Tessera europea d'assicurazione malattia

11.1 Si rimette in allegato la tessera europea d'assicurazione malattia col numero richiesta nella sezione 7

11.2 Si prega indicare le misure da applicare riguardo la tessera europea d'assicurazione malattia emessa al membro della famiglia citato nella sezione 3 - col numero e valida fino al

12. Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o del familiare

12.1 Denominazione:

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

12.3 Indirizzo:

12.4 Timbro

12.5 Data:

12.6 Firma:

Informazioni per il titolare di pensione o per il familiare

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

in **Belgio**, alla "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 Pecuiniárias" (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 ríkisins" (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

- (¹) 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.
- (²) Da compilare soltanto qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza. Ove il titolare di pensione o il familiare 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.
- (³) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (⁴) In Ungheria, questa sezione è compilata dall'istituzione di assicurazione malattia-maternità.
- (⁵) In Italia, le sezioni 6 e 7 devono essere completate esclusivamente dall'ASL o dal ministero della Salute.
- (⁶) Se il modulo è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, ungherese, italiana o portoghese e riguarda un familiare.
- (⁷) Delle due sezioni 8 o 9, compilare quella che interessa e apporre una X nel relativo quadratino.

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), 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 ⁽²⁾
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) ⁽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 assicurata è <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.	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

in **Lettonia**, il "Veselības 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

- (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 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.
- (³) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (⁴) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

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)⁽²⁾:

3.2 Cognome da nubile (se diverso):

3.3 Nome(i): Data di nascita:

3.4 Numero di identificazione personale⁽³⁾:
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 (*)
5.1	Per prestazioni in natura corrisposte	dal	al .....	.....
	a seguito di (6)	<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	Totale prestazioni in natura	.....	.....	.....
5.8	Esami medici (7)	.....	.....	.....
	
5.9	Per prestazioni in denaro	dal	al .....	.....
5.10	Totale delle spese	.....	.....	.....

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

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

②

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

in **Svezia**, al "Riksförsäkringsverket" (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma;

in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisins" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

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.

(³) 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
	<input type="checkbox"/> lavoratore subordinato <input type="checkbox"/> titolare di pensione
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> i familiari della persona di cui al punto 3 residenti all'indirizzo:

4.2	<input type="checkbox"/> il titolare di pensione di cui al punto 3 residente all'indirizzo:

4.3	<input type="checkbox"/> il seguente familiare del titolare di pensione di cui al punto 3
	<input type="checkbox"/> 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 protratto 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^(*).

7.	Istituzione creditrice	
7.1	Denominazione:	
7.2	Numero di identificazione dell'istituzione:	
7.3	Indirizzo:	
7.4	Timbro ⁽⁵⁾	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.

7.
MODELLI
PER I CITTADINI CONVENZIONATI

7.1. Formulari - Convenzione sulla sicurezza sociale tra il Governo della Repubblica Italiana ed il Governo della Repubblica Argentina

I/RA 1

CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA ARGENTINA IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE

Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro
Stato contraente

Convenzione: Art. 11 p.2

Acc. Amm.vo: Art. 8 p. 1

N° di identificazione in Italia (1)

N° di assicurazione in Argentina

.....
1. Istituzione del luogo di soggiorno

1.1 Denominazione

.....
1.2 Indirizzo (2)

.....
1.3 Riferimento nota del

2. Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile

.....
2.2 Data di nascita

2.3 Indirizzo nello Stato contraente competente (2)

.....
2.4 Indirizzo nel Paese di soggiorno (2)

3. Familiari (3)

3.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita Grado di parentela

.....
3.2 Indirizzo nello Stato contraente competente (2) (4)

.....
3.3 Indirizzo nel Paese di soggiorno (2)

4. Periodo di validità

4.1 La (e) persona (e) sopra indicata (e) ha (hanno) diritto alle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità.

4.2 Le prestazioni possono essere concesse

dal al

5. Istituzione competente

5.1 Denominazione

.....

5.2 Indirizzo (2)

.....

5.3 Timbro

5.4 Data

.....

5.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in carattere stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso deve essere esibito all'Istituzione del luogo di soggiorno e cioè:

in Italia: alla U.S.L. competente per il territorio

in Argentina:

NOTE

- (1) Codice regionale, ossia il numero di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- (2) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
- (3) Indicare soltanto quei familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.
- (4) Da compilare se l'indirizzo del familiare avente diritto è diverso da quello dell'assicurato.

**CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA ARGENTINA
IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE**

**Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno permanente nell'altro
Stato contraente**

Convenzione: Art. 11 p.2

Acc. Amm.vo: Art. 9

N° di identificazione in Italia (1)

N° di assicurazione in Argentina

.....

.....

PARTE A

1. Istituzione del luogo di soggiorno

1.1	Denominazione	.....
1.2	Indirizzo (2)	.....
1.3	Oggetto: Riferimento nota del	.....
	(3) Protocollo:	.....

2. Titolare di pensione o rendita (4)

2.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile

2.2	Data di nascita		
2.3	Indirizzo nello Stato contraente competente (2)		
		
2.4	Indirizzo nel Paese di residenza (2)		
		
2.5	Data di trasferimento di residenza		
		

6. Familiari (6)

6.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Grado di parentela
.....
.....
.....
6.2	Indirizzo nello Stato contraente competente (2) (7)				
.....				
6.3	Indirizzo nel Paese di residenza (2) (7)				
.....				

7. Istituzione competente per la malattia e maternità

7.1	Denominazione				
.....				
7.2	Indirizzo (2)				
.....				
7.3	Timbro		7.4		Data
.....
.....	.....		7.5		Firma
.....

PARTE C - CONFERMA

8. Istituzione competente

8.1	Denominazione				
.....				
8.2	Indirizzo (2)				
.....				

9. Conferma di iscrizione

9.1	<input type="checkbox"/> la persona indicata al punto 2 <input type="checkbox"/> i familiari indicati al punto 6				
9.2	è (sono) stata (i) iscritta a decorrere dal presso la scrivente Istituzione del luogo di residenza dei suddetti.				

10. Conferma di non iscrizione

10.1 la persona indicata al punto 2 non è stata iscritta

10.2 perché è già assicurata contro le malattie a carico della legislazione del Paese del
(5) luogo di residenza

per i seguenti motivi:
.....
.....
.....

10.3 I familiari indicati al punto 6 non sono stati iscritti:

10.4 perché hanno già diritto alle prestazioni secondo le norme vigenti nel Paese di
(5) residenza.

per i seguenti motivi:
.....
.....
.....

11. Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione
.....

11.2 Indirizzo (2)
.....

11.3 Timbro

11.4 Data
.....

11.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere redatto (in duplice copia) in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

La parte A del Formulario viene compilata dagli Istituti erogatori della pensione o della rendita; la parte B dall'Istituzione competente per la malattia; la parte C dall'Istituzione del luogo di residenza che ne restituisce una copia all'Istituzione competente per la malattia. Esso deve essere presentato:

in Italia: alla Unità Sanitaria Locale (USL) competente per il territorio

in Argentina:

NOTE

- (1) Codice regionale, ossia il numero di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- (2) Numero di codice postale, località, via, numero civico, Paese.
- (3) Da compilare soltanto se il formulario viene rilasciato su richiesta dell'Istituzione del luogo di residenza
- (4) Da compilare dall'Istituzione competente ad erogare la pensione o rendita
- (5) Contrassegnare la voce che interessa
- (6) Indicare soltanto i familiari che trasferiscono la propria residenza nell'altro Stato contraente.
- (7) Da compilare se l'indirizzo dei familiari aventi diritto, indicati al punto 6 è diverso da quello dell'assicurato.

7.2. Formulari - Protocollo in materia di sicurezza sociale aggiuntivo all'accordo di emigrazione tra l'Italia ed il Brasile

IB-2

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA

Articolo 6, Cpv. 1 (Prot. Agg.)
Art. 20-22 (Norme di applicazione)

(1) INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE/PENSIONATO		
Cognome e Nome	N° di iscrizione	
	Periodo di validità	
	N° doc. identità (2)	
Luogo e data di nascita	Stato civile	Nazionalità
Indirizzo (Città) (via) (numero)		

INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI			
Nome	Grado di parentela	Data di nascita	Periodo di validità
.....
.....
.....
.....

Si certifica che il lavoratore/pensionato succitato ed i suoi familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie:

- Per un periodo massimo di(.....) giorni e per le malattie insorte nel periodo di validità sopraindicato.
- Dal fino a quando non sarà ricevuta notifica di annullamento.

Data

(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

(1) Qualora l'iscritto principale sia deceduto il modulo va intestato al familiare avente diritto.

(2) Se esiste.

AVVERTENZE

Per ottenere le prestazioni sanitarie in caso di malattia e maternità i lavoratori, pensionati e loro familiari debbono rivolgersi a:

- **In Brasile:** all'Organismo locale dell'Istituto Nazionale di Assistenza Medica della Previdenza Sociale (INAMPS);
- **In Italia:** alle Sedi delle Aziende USL territorialmente competenti.

Nel caso di trasferimento di residenza del pensionato o dei suoi familiari il modulo deve essere presentato all'Organismo del luogo di residenza in duplice esemplare. Uno dei predetti esemplari viene restituito, a comprova dell'avvenuta iscrizione, all'Organismo che lo ha rilasciato.

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE
CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA PER I FAMILIARI
CHE RIMANGONO NEL PAESE DI ORIGINE**

Articolo 6, Cpv. 2 (Prot .Agg.)

Art. 21 (Norme di applicazione)

INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE		
Cognome e Nome		N° di iscrizione
		N° doc. identità (1)
Luogo e data di nascita	Stato civile	Nazionalità
Indirizzo:		
(Città)	(via)	(numero)

INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI			
Nome	Grado di parentela	Data di nascita	Periodo di validità
.....
.....
.....
.....

Indirizzo in Italia / in Brasile:

.....
(Città)

(via)

(numero)

(1) Se esiste

Si certifica che il lavoratore succitato è soggetto all'accordo di previdenza sociale BRASILE/ ITALIA dal giorno ed ha diritto, per i suoi familiari che rimangono nel Paese di origine, all'assistenza medica per un periodo di 12 (dodici) mesi per le malattie insorte durante il periodo di validità sopra indicato.

(Luogo e data)


(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

AVVERTENZE

Per ottenere le prestazioni sanitarie in caso di malattia e maternità i familiari debbono rivolgersi:

- **In Brasile :** all'Istituto Nazionale di Assistenza Medica della Previdenza Sociale (INAMPS);
- **In Italia:** alle Sedi delle Aziende USL territorialmente competenti.

Il modulo deve essere inviato o presentato all'Organismo di assistenza malattia in duplice esemplare. Una copia del predetto esemplare, a comprova dell'avvenuta iscrizione, viene restituito all'Organismo che lo ha rilasciato.

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE

PERIODO DI AUTORIZZAZIONE PER LA FORNITURA DI PROTESI

Articolo 6, Cpv. 2 (Prot. Agg.)

Art. 23 (Norme di applicazione)

INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE		
Cognome e Nome	N° di iscrizione	
	N° doc. identità (1)	
Luogo e data di nascita	Stato Civile	Nazionalità
Indirizzo: (Città) (via) (numero)		

INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI

Nome	Grado di parentela	Data di nascita
.....

Il lavoratore / familiare summenzionato ha presentato il certificato medico allegato comprovante la necessità che gli venga concessa la seguente protesi:

.....

.....

Secondo l'accordo previsto, la spesa per la fornitura della protesi è di

.....

(Luogo e data)

(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

(1) Se esiste

1

A cura dell'Ente gestore dell'altro Stato contraente

Si autorizza / Non si autorizza la fornitura della protesi

Motivo del rifiuto:

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

.....
(Luogo e data)



(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

7.3. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Capoverde in materia di Sicurezza Sociale

CONVENZIONE ITALIA - CAPOVERDE
CONVENÇÃO ITALIA - CABO VERDE

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

001

I

(1)

- Domanda di informazioni
- Comunicazione di informazioni
- Richiesta di formulari
- Sollecito

concernente:

- un lavoratore
- un titolare di pensione

Convenzione: art. 21, 22, 23

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

Parte A

1	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: Numero di codice (2)
1.2	Indirizzo (3):
2	Notizie concernenti l'interessato (4)
2.1	Cognome(5):
2.2	Cognome di nascita (5):
2.3	Nomi (6):
2.4	Cognomi precedenti (7):
2.5	Sesso (8):
3	Nazionalità (9)
4	Nascita
4.1	Data (10):
4.2	Località (11):
4.3	Provincia:
4.4	Paese (12):
5	Numero di matricola
5.1	Presso l'istituzione mittente (13):
5.2	Presso l'istituzione destinataria (13):
6	Indirizzo (3)
7	Pratica
7.1	Tipo di prestazione
7.2	Numero di pratica presso l'istituzione mittente:
7.3	Numero di pratica presso l'istituzione destinataria:

①

8 Beneficiario

8.1 Cognome(s):

8.2 Nomi Cognomi di nascita (5):

8.3 Luogo di nascita (12) Data di nascita (12)

8.4 Sesso Cittadinanza (9)

8.5 Indirizzo (11)

9 Richiesta Sollecito della richiesta del

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

9.1 dei formulari:

9.2 dei documenti:

9.3 delle seguenti informazioni:

9.4 Motivo della richiesta:

10 Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....

.....

.....

.....

11 Varie

.....

.....

.....

.....

12 Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: Numero di codice (2):

12.2 Indirizzo (3):

12.3 Timbro

12.4 Data

12.5 Firma

Parte B

13

A seguito della richiesta del si trasmettono in allegato:

13.1 i seguenti formulari:13.2 i seguenti documenti:13.3 le seguenti informazioni:

14

A seguito della richiesta del si comunica che non è possibile trasmettere

14.1 i seguenti formulari:14.2 i seguenti documenti:14.3 le informazioni richieste14.4 Motivo:

15

Varie

.....

.....

.....

.....

16

 A seguito dell'invio del
 si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 10

17

Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: Numero di codice (2):

17.2 Indirizzo (3):

17.3 Timbro

17.4 Data

17.5 Firma

ISTRUZIONI

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

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde
- (2) Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (4) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.
- (5) Il cognome (di famiglia) è quello usuale oppure acquisito per matrimonio; il cognome di nascita deve essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, scrivere «idem».
- (6) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (7) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente; gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (8) M = maschile; F = femminile.
- (9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
- (10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 10 agosto 1921 = 10. 08. 1921).
- (11) Per l'Italia indicare l'ultimo indirizzo del luogo di residenza
- (12) Sigla del paese di nascita dell'assistito codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
- (13) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale

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

Lavoratori e familiari con loro residenti

Convenzione: art. 8. 1 e 2; Accordo amministrativo: art. 7.1 e 7.7

L'Istituzione competente – previa acquisizione del mod. 101 o 102 – compila la parte A dello stampato e ne consegna due copie all'assicurato, oppure le trasmette all'istituzione del luogo di residenza, qualora questa lo abbia richiesto. Quest'ultima istituzione – ricevute le copie dall'assicurato o dall'istituzione competente – compila la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica del diritto

1	Istituzione del luogo di residenza (2)
1.1	Denominazione: Numero di codice (3)
1.2	Indirizzo (4):
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore
2.1	Cognome:
2.2	Nomi: Cognomi precedenti: Data di nascita:
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):
2.4	Numero di identificazione (5):

- 4 il lavoratore sopraindicato e i familiari (6) con lui residenti
5 hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità
dal

6	Tale diritto si protrae (7)
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5
6.3	<input type="checkbox"/> fino al compreso

7	Istituzione competente per la malattia-maternità
7.1	Denominazione: Numero di codice (3):
7.2	Indirizzo (4):
7.3	Timbro
	7.4 Data
	7.5 Firma

B. Notifica dell'iscrizione

9	
9.1	<input type="checkbox"/> il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
9.3	<input type="checkbox"/> sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal
9.4	<input type="checkbox"/> non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

10	Familiari iscritti					106
10.1	Cognome	Nomi	Sesso	Cognomi precedenti	Data di nascita	
			F M			
10.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10.9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

11	Istituzione del luogo di residenza				
11.1	Denominazione:	.....	Numero di codice (3):	.....
11.2	Indirizzo (4):	.....		
				
11.3	Timbro		11.4 Data	.....
			11.5 Firma	.....
				

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il lavoratore assicurato

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità.
- b) I due esemplari di formulario in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete.
- c) Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:
in **Italia**, l'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il Ministero della Sanità, ufficio di sanità marittima o aerea;
in **Capoverde**, il Servizio di Sanità.
- d) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, il presente formulario è valido per il periodo indicato con una X nel riquadro 6, a partire dalla data riportata al punto 5.
- e) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella alla quale il formulario è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Da compilare solo qualora si ha conoscenza dell'istituzione del paese di residenza dove l'attestato sarà presentato.
- (3) Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (5) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (6) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (7) Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Accordo amministrativo: art. 7.2, 8.2, 10.2, 11.2 e 20.2

L'Istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente. Detta istituzione – qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto – compila la parte B e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora l'istituzione competente non sia nota, inviare la richiesta tramite l'organismo di collegamento.

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

1	Istituzione	
1.1	Denominazione:	Numero di codice (2):
1.2	Indirizzo (3):	
	
	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione		
2.1	Cognome:		
2.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):		
2.4	Numero di identificazione (5):		
2.5	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita di		
	<input type="checkbox"/> vecchiaia	<input type="checkbox"/> invalidità	<input type="checkbox"/> superstiti
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> malattia professionale	
	N. (6)	categoria:	(3)
2.6	Istituzione debitrice della pensione o rendita		
		

3	Datore di lavoro	
3.1	Nome o ragione sociale	
3.2	Indirizzo (4):	
	
3.3	Tipo di azienda:	
3.4	Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro	
	
	
	

①

ISTRUZIONI

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

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV = Capo verde.
 - (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
 - (3) Via, numero, codice postale, località, Paese.
 - (4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
 - (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
 - (6) Da indicare nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
 - (7) Da compilare solo nei casi di familiari per i quali è richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'istituzione.
 - (8) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.
 - (9) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.
 - (10) Da indicare se il tipo di formulario da rinviare lo consente.
-

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

Residenti in un paese diverso da quello competente
Accordo amministrativo: art. 7.3, 6 e 7; 8.2 e 4; 10.2; 11.2; 20.2

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

A. Notifica

1	
1.1	Denominazione: Numero di codice (2):
1.2	Indirizzo (3):

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita	
2.1	Cognome:		
2.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):		
2.4	Numero di identificazione (5):		

3	Familiare (6)		
3.1	Cognome:		
3.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):		
3.4	Numero di identificazione (5):		

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

- 4.1 il lavoratore predetto non è più assicurato dal
- 4.2 la pensione predetta è stata sospesa/soppressa dal
- 4.3 tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, non risiedono più nel Vostro Paese dal
- 4.4 il titolare è deceduto il
- 4.5 (7)

5	Istituzione competente
5.1	Denominazione: Numero di codice (2):
5.2	Indirizzo (3):

5.3	Timbro
	5.4 Data
	5.5 Firma

B. Avviso di ricezione della notifica

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

.....

- 7 la persona di cui alla parte A le persone di cui alla parte A
 non ha più beneficiato non hanno più beneficiato
 non beneficerà più non beneficeranno più
di prestazioni a decorrere dal

.....

8 Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione:	.....	Numero di codice (2):	.....
8.2 Indirizzo (3):	.....	
.....			
8.3 Timbro			
		8.4 Data	.....
		8.5 Firma	.....
		

ISTRUZIONI

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

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV= Capoverde.
(2) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio
(3) Via, numero, codice postale, località, Paese.
(4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio
(5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
(6) Da compilare nei casi in cui lo stampato notificchi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; inviare un formulario per ogni familiare.
(7) Indicare l'eventuale altro motivo

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI

Convenzione: art. 8.2; Accordo amministrativo: art. 10.1

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie al lavoratore, 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. L'istituzione del luogo di residenza - ricevute le copie citate - compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'istituzione competente.

A. Notifica del diritto

1	Istituzione del luogo di residenza (2)
1.1	Denominazione: Numero di codice (3):
1.2	Indirizzo (4):
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del:

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore
2.1	Cognome:
2.2	Nomi: Cognomi precedenti: Data di nascita:
2.3	Indirizzo (4):
2.4	Numero di identificazione (5):

3	Familiare (6)
3.1	Cognome:
3.2	Nomi: Cognomi precedenti: Data di nascita:
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):

- 4 I familiari del lavoratore di cui sopra hanno il diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità a meno che:
- non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono
 - esercitino un'attività professionale
- 5 Questo diritto decorre dal

6	e si protrae (7)
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5
6.3	<input type="checkbox"/> sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè
6.4	<input type="checkbox"/> fino al incluso

7	Istituzione competente per la malattia-maternità	
7.1	Denominazione:	Numero di codice (3):
7.2	Indirizzo (4):	
7.3	Timbro	
		7.4 Data
		7.5 Firma

B. Notifica dell'iscrizione

8	<input type="checkbox"/> (8)
8.1	I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non sono stati iscritti perché:
8.2	<input type="checkbox"/> non esiste alcun familiare avente diritto
8.3	<input type="checkbox"/> tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato
8.4	<input type="checkbox"/> il coniuge esercita un'attività professionale nel nostro paese ed ha i figli a suo carico
8.5	<input type="checkbox"/> non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto
8.6	<input type="checkbox"/> (9)

9	<input type="checkbox"/> (8) Familiari iscritti				
9.1	Sono stati iscritti i seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2				
9.2	Cognome	Nomi	Sesso	Data di nascita	Numero di identificazione
			F M		
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"/>
9.9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.10	L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, dal				

10	Istituzione del luogo di residenza	
10.1	Denominazione:	Numero di codice (3):
10.2	Indirizzo (4):	
10.3	Timbro	
		10.4 Data
		10.5 Firma

②

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

ATTENZIONE

Il presente modulo deve essere utilizzato solo per i familiari di lavoratori attivi. Per i familiari del pensionato deve essere utilizzato il formulario 121.

Avvertenze per la persona assicurata

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari di beneficiare delle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia o maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato e a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza alle norme citate
- b) Le due copie del presente formulario - appena in vostro possesso - devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare immediatamente all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo ove risiedono e cioè:
in **Italia**, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;
in **Capoverde**, ai Servizi di Sanità.
- c) Il presente formulario è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.
- d) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella 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 di attività, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari, ecc.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (3) Indicare. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (5) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (6) Indicare un solo familiare.
- (7) Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.
- (8) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.
- (9) Altri motivi.

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO
NELL'ALTRO STATO

Attenzione: questo documento vi assicura solo le cure urgenti o impreviste e pertanto non è valido se lo scopo del viaggio è ottenere cure.

Convenzione: art. 8.I, terzo comma e 2; Accordo amministrativo: art. 8.I e 4; 11.1

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione	
1.1	Cognome:		
1.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
1.3	Indirizzo nel paese competente (2):		
1.4	Numero di identificazione (3):		

2	Familiari (4)				
2.1	Cognome:	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	N. di identificazione (3)

2.2	Indirizzo (5):				

3 (6) Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte:
dal al incluso

4	Istituzione competente	
4.1	Denominazione:	Numero di codice (7):
4.2	Indirizzo (2):	
4.3	Timbro	
	4.4	Data
	4.5	Firma

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. L'istituzione competente compila il formulario e lo restituisce all'interessato, oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora, ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

Avvertenze per l'assicurato e per i familiari

- a) il presente documento consente:
al lavoratore (e ai familiari elencati al quadro 2) ed al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari (indicati al quadro 2) che si trovino in temporaneo soggiorno nell'altro Stato, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto Stato di dimora, le prestazioni immediate in natura per malattia e maternità. Nel solo caso dei lavoratori in temporaneo soggiorno per motivi di lavoro nell'altro Stato, il presente attestato consente di ottenere le prestazioni sanitarie, a titolo provvisorio, per infortunio sul lavoro o malattia professionale.
Il presente documento apre il diritto alle prestazioni sanitarie urgenti (o impreviste) in forma diretta. Pertanto non dà diritto ad ottenere prestazioni qualora lo scopo del viaggio sia quello di ricevere prestazioni mediche all'estero.
- b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora e cioè:
in **Italia**, per la totalità degli assistiti, all'unità sanitaria locale (USL o ASL a seconda della Regione) competente per il territorio; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della Salute ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio; in **Capoverde**, ai Servizi di Sanità.
- c) Per ottenere le prestazioni in denaro la persona interessata entro 3 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, dovrà rivolgersi all'istituzione del luogo di temporaneo soggiorno ed esibire una notifica di cessazione del lavoro o, qualora la legislazione dell'istituzione competente o dell'istituzione del luogo di dimora lo prevedano, un certificato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico in cui si specifica il trattamento medico che la persona interessata dovrà seguire.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (4) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.
- (5) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita.
- (6) Per l'Italia la validità è di 3 mesi rinnovabile
- (7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio

①

ATTESTATO RIGUARDANTE L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE SANITARIE NELL'ALTRO STATO

Convenzione: art. 8.1 terzo comma 2; 9.2.; Accordo amministrativo: art. 9.1 e 2

Le istituzioni competenti rilasceranno il presente formulario, alla persona assicurata o al pensionato o al loro familiare, solo dopo l'espletamento delle modalità previste dall'ordinamento del proprio Stato.

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita	
1.1	Cognome:		
1.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
1.3	Indirizzo nel paese competente (2):		
1.4	Indirizzo nel paese ove l'interessato si trasferisce (2):		
1.5	Numero di identificazione (3):		

2	Familiare che si trasferisce		
2.1	Cognome:		
2.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
2.3	Indirizzo nel paese competente (2) (4):		
2.4	Indirizzo nel paese in cui si trasferisce (2):		
2.5	Numero di identificazione (3):		

- 3 La persona indicata indicata al quadro 1 al quadro 2
è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità
 dell'assicurazione malattia-maternità dell'assicurazione infortuni
in (Stato), ove si reca
- 3.2 per ricevere cure presso
..... (5)
.....
o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche
- 3.3 per inviare campioni biologici da analizzare
- 4 In virtù del presente attestato le prestazioni possono essere concesse
- 4.1 dal al incluso

5	Il rapporto del nostro medico di controllo
5.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa
5.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il a (6)
5.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato

6	Istituzione competente
6.1	Denominazione: Numero di codice (7):
6.2	Indirizzo (2):
6.3	Timbro
	6.4 Data
	6.5 Firma

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito, e cioè:
in **Italia**, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;
in **Capoverde**, ai Servizi Sanitari.

NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (4) Da compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello del lavoratore o del pensionato.
- (5) Da precisare se del caso.
- (6) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.
- (7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.