

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

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

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

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

A. Notifica del diritto

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

2.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore frontaliere (subordinato)
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore frontaliere (autonomo)
	<input type="checkbox"/> Disoccupato	
2.1.	Cognome ^(3 bis)	
2.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(3 bis)
		Data di nascita
2.3.	Indirizzo nel paese di residenza ⁽³⁾ :	
2.4.	Numero di identificazione ^(3 ter) :	
2.5.	Il lavoratore <input type="checkbox"/> è <input type="checkbox"/> non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata	
2.6.	<input type="checkbox"/> il lavoratore è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del regolamento 574/72	

3.	Familiare ⁽⁴⁾	
3.1.	Cognome ^(3 bis)	
3.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(3 bis)
		Data di nascita
3.3.	Indirizzo nel paese di residenza ⁽³⁾ :	

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

6.	Tale diritto si protrae
6.1.	<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⁾
6.3.	<input type="checkbox"/> fino al compreso ⁽⁷⁾

7. Istituzione competente per la malattia-maternità

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

7.2. Indirizzo (3):

7.3. Timbro

7.4. Data:

7.5. Firma

.....

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

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

8.2. Indirizzo (3):

8.3. Timbro

8.4. Data:

8.5. Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione (9)

9.

9.1. il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari

9.2. i familiari del disoccupato indicato al quadro 2

9.3. sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal

9.4. non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

.....

10. Familiari iscritti

10.1. Cognome (3 bis)	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:

11.2. Indirizzo (3):

11.3. Timbro

11.4. Data:

11.5. Firma

.....

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per la persona assicurata

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità. Se siete disoccupati, il presente formulario non vi riguarda ma si riferisce unicamente ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello in cui siete assicurati.
- 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. Se siete disoccupato, il formulario dev'essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.
- c) I citati istituti di assicurazione malattia e maternità sono:
- in **Belgio**, l'organismo scelto da voi («mutualité»);
 - in **Danimarca**, il competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen il «magistrat» e nel comune di Frederiksberg la «kommunalbestyrelse»;
 - in **Germania** la «Krankenkasse» (cassa di malattia), scelta dall'interessato;
 - in **Grecia**, in linea di massima, l'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;
 - in **Spagna** la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al formulario una fotocopia;
 - in **Francia**, la «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, la «Société de secours minière» (società di soccorso minerario);
 - in **Irlanda**, l'«Health Board» (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;
 - in **Italia**, in linea di massima, l'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea;
 - in **Lussemburgo**, la «Caisse maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);
 - nei **Paesi Bassi**, una cassa malattia competente per il luogo di residenza;
 - in **Austria**, la «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale), competente per il vostro luogo di residenza;
 - in **Portogallo, per il continente**: il «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza; per **Madera**: la «Direção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal; per **le Azzorre**: la «Direção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;
 - in **Finlandia**, l'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituzione di sicurezza sociale);
 - in **Svezia**, il «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza;
 - nel **Regno Unito**, il «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministero della Sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle-Upon-Tyne, oppure il «Northern Ireland Social Security Agency Overseas Branch» (ente per la sicurezza sociale dell'Irlanda del Nord, servizio internazionale), Belfast, secondo i casi;
 - in **Islanda**, il «Tryggingastofnun ríkisins» (istituzione 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.
- 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 alla quale il formulario è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.

NOTE

- (*) SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica anche all'Islanda, al Liechtenstein e alla Norvegia.
- (¹) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B= Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.
- (²) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (^{2 bis}) Indicare, se noto.
- (³) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (^{3 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita. Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (^{3 ter}) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.
- (⁴) Da compilare solo se lo stampato riguarda i familiari di un disoccupato. In questo caso indicare un solo familiare per consentire una loro registrazione, in quanto i familiari beneficiari aventi diritto alle prestazioni sono determinati dalla legislazione del paese di residenza.
- (⁵) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (⁶) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.
- (⁷) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione greca o britannica per i lavoratori subordinati o autonomi.
- (^{7 bis}) Indicare, se esiste.
- (⁸) Da compilare da parte delle istituzioni francesi di lavoratori autonomi.
- (^{8 bis}) Se il modulo è completato da un'istituzione del Liechtenstein, si dovrà inserire il nome dell'assicuratore competente per gli infortuni sul lavoro.
- (⁹) Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato rilasciato in precedenza, non occorre compilare la parte B.
- (¹⁰) Qualora il Liechtenstein sia lo Stato competente, il costo delle prestazioni in natura relative ad un infortunio del lavoratore avvenuto non sul luogo di lavoro è sostenuto dall'istituzione assicurativa degli infortuni indicata nella casella 8.
-

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

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

L'istituzione competente compila la parte A 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. Qualora i familiari del lavoratore risiedano nel Regno Unito, l'istituzione competente trasmette i due esemplari al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate Newcastle-Upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza — ricevute le copie citate — compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'istituzione competente. Nel caso in cui i familiari risiedano in paesi diversi, si compila un attestato distinto per ciascuno dei paesi stessi.

A. Notifica del diritto

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1. Denominazione:

1.2. Indirizzo (3):

1.3. Riferimento: vostro formulario E 107 del

2. Lavoratore subordinato Lavoratore autonomo
 Lavoratore stagionale subordinato Lavoratore frontaliero

2.1. Cognome (3 bis)

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

2.2. Indirizzo (3):

2.4. Numero di identificazione (3 ter)

2.5. Il lavoratore è non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata

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

3. Familiare (4)

3.1. Cognome (3 bis)

3.2. Nomi Cognomi precedenti Data di nascita

3.2. Indirizzo nel paese di residenza (3):

4. I familiari del lavoratore di cui sopra hanno 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 (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 specificata al punto 5 (6)

6.3. sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè

6.4. fino al (7) incluso

7.	Istituzione competente			
7.1.	Denominazione:	Numero di codice (7 bis):		
7.2.	Indirizzo (3):			
7.3.	Timbro			7.4. Data:
				7.5. Firma
			

B. Notifica dell'iscrizione (8)

8.	<input type="checkbox"/> (9)
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 o la persona che ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese (10)
8.5.	<input type="checkbox"/> non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto
8.6.	<input type="checkbox"/> (11)

9.	<input type="checkbox"/> (9)					
9.1	Sono stati iscritti i seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2					
9.2.	Cognome (3 bis)	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, la data di decorrenza per il conteggio dei forfait di cui all'articolo 94 del regolamento 574/72 è il					

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

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per il lavoratore

- a) Il presente formulario dà diritto ai vostri familiari di beneficiare delle prestazioni in natura per 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 delle 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 e maternità del luogo ove risiedono, e cioè:
- in **Belgio**, all'organismo scelto («mutualité»);
 - in **Danimarca**, al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg alla «kommunalbestyrelse»;
 - in **Germania**, la «Krankenkasse» (cassa di malattia), scelta dall'interessato;
 - in **Grecia**, in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;
 - in **Spagna**, alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale);
 - in **Francia**, alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, alla «Société de secours minière» (società di soccorso minerario);
 - in **Irlanda**, l'«Health Board» (ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;
 - in **Italia**, in linea di massima, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;
 - in **Lussemburgo**, alla «Caisse de maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);
 - nei **Paesi Bassi**, ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza;
 - in **Austria**, alla «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale), competente per il vostro luogo di residenza;
 - in **Portogallo, per il continente**: al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza; per **Madera**: alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal; per **le Azzorre**: alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angrado Heroísmo;
 - in **Finlandia**, all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituzione di sicurezza sociale);
 - in **Svezia**, al «försäkringkassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza;
 - in **Islanda**, al «Tryggingastofnun ríkisin» (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;
 - nel **Liechtenstein**, all'«Amt für Volkswirtschaft» (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;
 - in **Norvegia**, al «lokale Trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza.
- 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 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

- (*) SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente formulario si applica anche all'Islanda, al Liechtenstein e alla Norvegia.
- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.
- (2) Da compilare solo qualora il formulario sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (3^{bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita. Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (3^{ter}) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.
- (4) Indicare un solo familiare.
- (5) Riportare una X nel quadratino precedente, se il formulario è destinato ad un'istituzione danese, irlandese o del Regno Unito.
- (6) Se il formulario è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.
- (7) Se il formulario è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione greca o britannica di lavoratori subordinati o autonomi.
- (7^{bis}) Indicare, se esiste.
- (8) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per un rinnovo dell'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.
- (9) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.
- (10) Riportate, se del caso, una X nel quadratino precedente, qualora la parte B sia compilata da un'istituzione danese, irlandese o del Regno Unito.
- (11) Altri motivi.
-