

ATESTAT PENTRU ÎNSCRIEREA MEMBRILOR FAMILIEI PERSOANEI ASIGURATE ȘI ACTUALIZAREA LISTELOR

Regulamentul Nr. 1408/71 : articol 19(2)
Regulamentul Nr. 574/72 : articol 17(1), (2), (3) și (4); articolul 94(4)

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare din acesta persoanei asigurate, sau le transmite eventual prin intermediul organismului de legătură, instituției de la locul de reședință, dacă formularul a fost întocmit la cererea acesteia. În cazul în care membrii familiei lucrătorului rezidă în Regatul Unit, instituția competentă transmite cele două exemplare la Department for Work, and Pensions, Pension Service, Internationale Pension Centre, la Tyneview Park, la Newcastle-upon-Tyne. Instituția de la locul de reședință, odată intrată în posesia acestor două exemplare, completează partea B a formularului și returnează un exemplar instituției competente. Dacă membrii familiei au reședința în țări diferite, trebuie întocmit un atestat distinct pentru fiecare din aceste țări.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 5 pagini; nici una dintre ele nu poate fi suprimată.

A. Notificarea dreptului

1.	Instituția de la locul de reședință ⁽²⁾
1.1	Denumire :
1.2	Număr de identificare a instituției :
1.3	Adresă :
1.4	Referință: formularul dumneavoastră E 107 din

2.	Persoana asigurată
2.1	Nume ⁽³⁾ :
2.2	Prenume ⁽⁴⁾ :
	Data nașterii :
2.3	Nume anterioare :
2.4	Adresa :
2.5	Număr de identificare personal :
2.6	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> este lucrător independent

3.	Membrul familiei
3.1	Nume ⁽³⁾ :
3.2	Prenume ⁽⁴⁾ :
	Data nașterii :
3.3	Nume anterioare :
3.4	Adresa :
3.5	Număr de identificare personal :

4. Membrii familiei lucrătorului desemnat mai sus au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală-maternitate cu condiția
 să nu aibă deja dreptul la acestea conform legislației țării în care își au reședința ⁽⁵⁾
 să nu exercite o activitate profesională sau comerț ⁽⁵⁾
5. Acest drept este deschis la data de

6. și este menținut

6.1 până la anularea prezentului atestat

6.2 timp de un an de la data menționată la punctul 5 ⁽⁶⁾

6.3 până la data prevăzută pentru sfârșitul muncii sezoniere, adică

6.4 până la data de ⁽⁷⁾ inclusiv.

7. Vă rugăm să returnați Cardul European de Asigurare de Sănătate a membrului familiei menționat la punctul 3, cu numărul și valabil până la data de

8. Instituția competentă

8.1 Denumire :

8.2 Număr de identificare a instituției :

8.3 Adresă :

.....

8.3 Ștampila 8.4 Data :

8.5 Semnătura :

.....

B. Notificarea înscrierii ⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

Următorii membri ai familiei lucrătorului nu au fost înscriși:

	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Data nașterii	Nr. de identificare personal
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.10

deoarece

Aceștia nu au dreptul la prestații

Aceștia au deja dreptul la prestațiile în natură

Alte motive

10. ⁽⁹⁾

Următorii membri ai familiei lucrătorului menționat la rubrica 2 au fost înscriși:

	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Data nașterii	Număr de identificare personal
10.1
10.2
10.3
10.4

10.5
10.6
10.7
10.8
10.9
10.10	Costul acestor prestații este în responsabilitatea dumneavoastră. Data ce trebuie luată în considerare pentru calculul sumei forfetare prevăzute la articolul 94 din regulamentul nr. 574/72 este

11	Cardul European de Asigurare de Sănătate
11.1	<input type="checkbox"/> Vă rugăm atașați Cardul European de Asigurare de Sănătate cu numărul :..... cerut la rubrica 7
11.2	<input type="checkbox"/> Vă rugăm să indicați măsurile de aplicare privitoare la Cardul European de Asigurare de Sănătate eliberat membrului familiei menționat la rubrica 3, cu numărul :.....și valabilitatea până la data de

12.	Instituția de la locul de reședință
12.1	Denumire :
12.2	Număr de identificare a instituției :
12.3	Adresă:
12.4	Ștampila
12.5	Data
12.6	Semnătura

Indicații pentru persoana asigurată

- a) Prezentul formular permite membrilor familiei dumneavoastră să beneficieze de prestațiile în natură în caz de boală sau maternitate în țara în care rezidă și potrivit legislației acestei țări, cu condiția să nu aibă deja dreptul la acestea conform aceleiași legislații.
- b) Din momentul în care cele două exemplare a prezentului formular vor fi în posesia dumneavoastră, va trebui să le trimiteți membrilor familiei dumneavoastră care vor trebui să le prezinte urgent instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul lor de reședință, adică:

în **Belgia**, casa de asigurare (sistem mutualist) aleasă;

în **Republica Cehia**, «Zdravotni pojišťovna», casa de asigurare de sănătate de la locul de reședință ;

în **Danemarca**, autoritatea municipală din locul de reședință;

în **Germania**, «Krankenkasse» (casa de boală) ales de persoana interesată;

în **Estonia**, «Eesti Haigekassa» (casa de asigurare de sănătate estoniană) ;

în **Grecia**, ca regulă generală, oficiul regional sau local al Institutului de asigurări sociale (IKA). Acesta îi înmânează persoanei interesate un livret de sănătate fără de care prestațiile în natură nu sunt acordate;

în **Spania**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direcția provincială a Institutului Național de securitate socială)

în **Franța**, «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Casa primară de asigurări de boală);

în **Irlanda**, oficiul local de sănătate al Serviciului Executiv de Sănătate

în **Italia**, ca regulă generală, Unită sanitaria locale (USL) (unitatea locală de administrare a sănătății) competente în funcție de teritoriu

în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), instituții de boală și maternitate. Din momentul înscrierii, persoana interesată va primi un card medical, fara de care nu poate beneficia de prestatii in natura in cadrul institutiilor Medicale Guvernamentale

în **Letonia**, «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agenția de Stat de Asigurare de Sănătate Obligatorie)

în **Lituania**, «"Teritorinė ligonių kasa" (Casa de pacienți teritorială) », instituții de boală și maternitate

în **Luxemburg**, « Caisse de maladie des ouvriers» (Casa de boală a muncitorilor);

în **Ungaria**, «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (oficiul local de asigurare de sănătate) ;

în **Malta**, Entitlement unit, ministerul Sănătății, 23, John Street, Valletta ;

în **Țările de Jos**, o casă de boală competentă pentru locul de reședință ;

în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință

în **Portugalia, pentru continent**: «Centro Regional de Segurança Social» (Centrul regional de securitate socială) de la locul de reședință ; pentru **Madeira** : «Direcção Regional de Segurança Social» (direcția regională de securitate socială), la Funchal ; pentru **Açores** : «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centrul pentru drepturi banesti);

în **Slovenia**, «Zavod za zdravstvenozavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Institut de asigurare de sănătate din Slovenia)

în **Slovacia**, «Zdravotná poisťovňa» (companie de asigurari de sănătate) la alegerea persoanei asigurate

în **Finlanda**, oficiul local al «Kansaneläkelaitos» (Instituția de asigurări sociale) ;

în **Suedia**, «Försäkringskassan» (Oficiul asigurărilor sociale) de la locul de reședință

în **Regatul Unit**, «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerul securității sociale, biroul de prestații, serviciu internațional), la Newcastle-upon-Tyne, sau la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (agenția securității sociale în Irlanda de Nord, serviciu internațional), la Belfast, după caz;

în **Islanda**, «Tryggingastofnun ríkisins» (Institutul de securitate socială a statului), la Reykjavik

în **Liechtenstein**, «Amt für Volkswirtschaft» (Oficiul de economie națională), la Vaduz

în **Norvegia**, «lokale Trygdekontor» (Oficiul local de asigurare) de la locul de reședință

în **Elveția**, «Institution commune LAMal — istituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.

- c) Acest formular este valabil de la data menționată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu o cruciuliță.
- d) Trebuie, dumneavoastră și membrii familiei dumneavoastră, să semnați instituției de la locul de reședință orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură (renunțarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere, ori al celui al unui membru al familiei dumneavoastră, etc).

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
- (2) A se completa numai când formularul este întocmit la cererea instituției de la locul de reședință.
- (3) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (4) A se indica prenumele în ordinea statutului civil ;
- (5) A se pune o cruciuliță în căsuța precedentă, dacă formularul este destinat unei instituții, irlandeze sau din Regatul Unit.
- (6) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.
- (7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție din Grecia, Ungaria, sau Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți.
- (8) Dacă prezentul atestat este eliberat pentru a reînnoi atestatul anterior emis și a cărui valabilitate a expirat, instituția de la locul de reședință nu trebuie să completeze partea B.
- (9) A se completa rubrica 9 sau 10, după caz, și a se pune o cruciuliță în căsuța corespunzătoare.