

ATESTAT PRIVIND DREPTUL LA PRESTAȚIILE ÎN NATURĂ ALE ASIGURĂRII DE BOALĂ-MATERNITATE ÎN CAZUL PERSOANELOR
CARE ÎȘI AU REȘEDIȚA ÎNTR-UN ALT STAT DECÂT STATUL COMPETENT

Lucrători salariați sau independenți și membrii familiei lor care au reședința împreună cu ei ; membrii ai familiei lucrătorilor în situație de șomaj

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71 : articolul 19(1)(a); articolul 19(2); articolul 25(3)(i)
Regulamentul (CEE) Nr.574/72 : articolul 17(1) și (4) și articolul 27 (prima frază)

Instituția competentă completează partea A a formularului și înmânează două exemplare asiguratului, sau le transmite – eventual prin intermediul organismului de legătură - instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia. Aceasta din urmă, odată intrată în posesia celor două exemplare în cauză, completează partea B a acestora și returnează unul din cele două exemplare instituției competente.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 4 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	Asigurat
2.1	Nume ⁽³⁾ :
2.2	Prenume ⁽⁴⁾ : Data nașterii
2.3	Nume anterioare :
2.4	Adresa în țara de reședință :
2.5	Număr de identificare personal :
2.6	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător salariat
2.7	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător independent
2.8	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (salarat)
2.9	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător frontalier (independent)
2.10	Persoana asigurată <input type="checkbox"/> Lucrător în șomaj

3.	Membrul familiei ⁽⁵⁾
3.1	Nume ⁽³⁾ :
3.2	Prenume ⁽⁴⁾ : Data nașterii:
3.3	Nume anterioare :
3.4	Adresa în țara de reședință :
3.5	Număr de identificare personal :

4.1 Lucrătorul menționat mai sus și membrii familiei sale ⁽⁶⁾ care au reședința împreună cu el

4.2 Membrii familiei ⁽⁶⁾ șomerului menționat mai sus

5. au dreptul la prestații în natură ale asigurării de boală-maternitate

începând cu

6. Persoanele interesate păstrează acest drept

6.1 până la anularea prezentului atestat

6.2 timp de un an de la data specificată la rubrica 5 ⁽⁷⁾

6.3 până la data inclusiv ⁽⁸⁾

7. Instituția competentă pentru asigurare de boală-maternitate

7.1 Denumire :

7.2 Număr de identificare a instituției :

7.3 Adresă :

7.4 Ștampila 7.5 Data :

7.6 Semnătura :

B. Notificarea înscrierii⁽⁹⁾

8.

8.1 Lucrătorul indicat la rubrica 2 și membrii familiei sale

8.2 Membrii familiei șomerului indicat la rubrica 3

8.3 au fost înscriși la noi la data de

8.4 nu au putut fi înscriși la noi întrucât

9.

9.1	Nume ⁽³⁾	Prenume ⁽⁴⁾	Nume anterioare	Data nașterii	Număr de identificare
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Instituția de la locul de reședință

10.1 Denumire:

10.2 Număr de identificare a instituției

10.3 Adresă:

10.4 Ștampila 10.5 Data :

10.6 Semnătura:

Indicații pentru asigurat

- (a) Prezentul formular vă dă dreptul, dumneavoastră și membrilor familiei dumneavoastră, la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate. Dacă sunteți în șomaj, prezentul formular nu vă este destinat, ci se adresează numai membrilor familiei dumneavoastră care rezidă într-un alt stat membru decât cel în care sunteți asigurat.
- (b) Cele două exemplare ale formularului, aflate în posesia dumneavoastră, trebuie să fie înmânate cât mai repede posibil instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul dumneavoastră de reședință. Dacă sunteți în șomaj, formularul trebuie să fie înmânat de membrii familiei dumneavoastră instituției de asigurare de boală-maternitate de la locul lor de reședință.
- (c) Instituțiile de boală-maternitate în cauză sunt:
- 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) de la locul de reședință. Dacă aveți nevoie de prestații, vă puteți adresa serviciului medical și spitalicesc din sistemul de sănătate acoperit de asigurările sociale spaniole. A se anexa o fotocopie la formular;
- 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 ; Pentru marinarii și personalul din aviația civilă, «Ministero della sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerul Sănătății –oficiul de sănătate al marinei sau aviației) ;
- în **Cipru**, «Υπουργείο Υγείας» (Ministerul Sănătății, 1448 Lefkosia), la cerere, persoana în cauză va primi un card medical, fără de care nu poate beneficia de prestațiile în natură acordate de Instituțiile medicale ale Guvernului
- 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**, orice casă de boală competentă pentru locul de reședință;
- în **Austria**, «Gebietskrankenkasse» (Casa regională de asigurări de boală) competentă pentru locul de reședință;
- în Polonia, sucursala regională a «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Casa Națională de sănătate) 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 **Azores** : «Centro de Prestações Pecuárias» (direcția regională de securitate socială);
- 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**, Departmentul pentru muncă și pensie, Serviciul de Pensie, Centrul internațional de pensie, la Tynewiew Park, la Newcastle-upon-Tyne, sau la Departamentul de dezvoltare socială al Irlandei de Nord, Overseas Benefits Branch», Block 2, Castle Buildings, 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 — institutione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG » (Instituția Comună din cadrul Legii de Asigurare Federală de Boală), Solothurn.
- (d) Acest formular este valabil de la data indicată la rubrica 5 și pentru durata indicată la rubrica 6, în funcție de căsuța marcată cu cruciuliță.
- (e) Trebuie, dumneavoastră sau membrii familiei, să semnați instituției de asigurare căreia formularul a fost predat, orice schimbare care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură ca de exemplu abandonarea sau schimbarea locului de muncă, schimbarea locului dumneavoastră de reședință sau de ședere sau al unui membru al familiei.

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia ; 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 completa numai dacă formularul privește membrii familiei șomerului ; Menționați un singur membru al familiei căruia îi vor fi acordate informațiile pentru înregistrare să fie înscrși, dat fiind faptul că membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință.
 - (6) Membrii familiei care au dreptul la prestații sunt stabiliți de legislația țării de reședință
 - (7) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție germană, franceză, italiană sau portugheză.
 - (8) În cazul în care formularul este întocmit de o instituție greacă, ungară sau din Regatul Unit pentru lucrători salariați sau independenți
 - (9) Dacă acest formular este eliberat pentru reînnoirea unui atestat emis anterior, partea B nu trebuie completată.
-