

S1



Iscrizioni per la copertura sanitaria

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato che comprova che voi e i membri della vostra famiglia avete diritto alle prestazioni in natura (vale a dire assistenza sanitaria, trattamento medico ecc.) di malattia, maternità e prestazioni equivalenti di paternità nel vostro paese di residenza. I familiari sono coperti soltanto se soddisfano alle condizioni stabilite nella legislazione del paese di residenza.

L'attestato deve essere presentato quanto prima all'istituzione sanitaria nel luogo di residenza (**).

Per un elenco delle istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome/i

1.3 Nome/i

1.4 Cognome alla nascita (***)

1.5 Data di nascita

1.6 Indirizzo nel paese di residenza

1.6.1 Via, n.

1.6.3 Codice postale

1.6.2 Città

1.6.4 Codice paese

1.7 Status

1.7.1 Assicurato

1.7.2 Familiare dell'assicurato

1.7.3 Pensionato

1.7.4 Familiare del pensionato

1.7.5 Richiedente la pensione o rendita

2. PRESTAZIONI IN DENARO PER L'ASSISTENZA DI LUNGO PERIODO

2.1 Il possessore riceve prestazioni in denaro per l'assistenza di lungo periodo

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 17, 22, 24, 25, 26 e 34, e 987/2009 articoli 24 e 28.

(**) Per Spagna, Svezia e Portogallo il certificato deve essere presentato rispettivamente alla sede provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'istituzione dell'assicurazione sociale e all'istituzione dell'assicurazione sociale del luogo di residenza.

(***) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S1



Iscrizioni per la copertura sanitaria

3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente | |
| 3.2 Cognome | |
| 3.3 Nomi | |
| 3.4 Cognome alla nascita (*) | |
| 3.5 Data di nascita | |
| 3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6 | |
| 3.6.1 Via, n. | 3.6.3 Codice postale |
| 3.6.2 Città | 3.6.4 Codice paese |

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:

| | |
|-------------------|-----------------|
| 4.1 Data d'inizio | 4.2 Data finale |
|-------------------|-----------------|

5. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

| | |
|------------------------------------------------|-----------------|
| 5.1 Denominazione | |
| 5.2 Via, n. | |
| 5.3 Città | |
| 5.4 Codice postale | 5.5 Sigla paese |
| 5.6 Numero di identificazione dell'istituzione | |
| 5.7 Fax ufficio n. | |
| 5.8 Telefono ufficio n. | |
| 5.9 E-mail | |
| 5.10 Data | |
| 5.11 Firma | |

TIMBRO

(*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.