

6. MODELLI PER I CITTADINI COMUNITARI

6.1. Documenti portabili UE



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
1.3	Nome
1.4	Cognome alla nascita (**)
1.5	Data di nascita
1.6	Indirizzo nel paese di residenza
1.6.1	Via, n.
1.6.2	Città
1.6.3	Codice postale
1.6.4	Codice paese
1.7	Status
<input type="checkbox"/>	1.7.1 Assicurato
<input type="checkbox"/>	1.7.2 Familiare dell'assicurato
<input type="checkbox"/>	1.7.3 Pensionato
<input type="checkbox"/>	1.7.4 Familiare del pensionato
<input type="checkbox"/>	1.7.5 Richiedente la pensione o rendita

2. PRESTAZIONI IN DENARO PER L'ASSISTENZA DI LUNGO PERIODO	
<input type="checkbox"/>	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.
 - 3.6.2 Città
 - 3.6.3 Codice postale
 - 3.6.4 Codice paese

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:

- 4.1 Data d'inizio
- 4.2 Data finale

5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA 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 E-mail
- 5.11 Firma

TIMBRO

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