



**ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO DE DOENÇA E MATERNIDADE, NO CASO DE PESSOAS QUE RESIDAM NUM PAÍS QUE NÃO SEJA O PAÍS COMPETENTE**

**Trabalhadores assalariados e não assalariados e membros da família que com eles residam;  
membros da família dos trabalhadores em situação de desemprego**

*Regulamento (CEE) n.º 1408/71: artigo 19º 1.a; artigo 19.º 2; artigo 25.º 3.i*

*Regulamento (CEE) n.º 574/72: artigo 17.º 1 e 4; artigo 27.º, primeira frase*

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares ao trabalhador, ou fá-los chegar (se for caso disso, por intermédio do organismo de ligação) à instituição do lugar de residência, se o formulário tiver sido emitido a pedido desta. Esta última instituição, uma vez de posse dos dois exemplares em questão, preenche a parte B e devolve um dos exemplares à instituição competente.

**O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida.**

**A. Notificação do direito**

1.	Instituição do lugar de residência <sup>(2)</sup>
1.1	Designação: .....
1.2	Número de identificação da instituição: .....
1.3	Endereço: .....
1.4	Referência: vosso formulário E 107 de .....

2.	Segurado
2.1	Apelido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nome(s) próprio(s) <sup>(4)</sup> : ..... Data de nascimento: .....
2.3	Apelido(s) anterior(es): .....
2.4	Endereço no país de residência: .....
2.5	Número de identificação pessoal: .....
2.6	A pessoa <input type="checkbox"/> é um trabalhador assalariado
2.7	O segurado <input type="checkbox"/> é um trabalhador não assalariado
2.8	O segurado <input type="checkbox"/> é um trabalhador fronteiriço (assalariado)
2.9	O segurado <input type="checkbox"/> é um trabalhador fronteiriço (não assalariado)
2.10	O segurado <input type="checkbox"/> é um trabalhador desempregado

3.	Membro da família <sup>(5)</sup>
3.1	Apelido(s) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nome(s) próprio(s) <sup>(4)</sup> : ..... Data de nascimento: .....
3.3	Apelido(s) anterior(es): .....
3.4	Endereço no país de residência: .....
3.5	Número de identificação pessoal: .....

4.1  O segurado acima indicado e os membros da família <sup>(6)</sup> que com ele residem

4.2  Os membros da família <sup>(6)</sup> do desempregado acima indicado

5. têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de .....

6. Os interessados conservam este direito

6.1  até à anulação do presente atestado

6.2  durante um ano a contar da data mencionada no ponto 5 (7)

6.3  até ..... inclusive (8)

7. Instituição competente para o seguro de doença e maternidade

7.1 Designação: .....

7.2 Número de identificação da instituição: .....

7.3 Endereço: .....  
.....  
.....

7.4 Carimbo

7.5 Data: .....

7.6 Assinatura: .....

**B. Notificação da inscrição (9)**

8.

8.1  O segurado indicado no quadro 2 e os membros da sua família

8.2  Os membros da família do desempregado indicados no quadro 3

8.3  foram inscritos na nossa instituição em .....

8.4  não puderam ser inscritos na nossa instituição dado que .....

9.

9.1	Apelido(s) (3)	Nome(s) próprio(s) (4)	Apelido(s) anterior(es)	Data de nascimento	Número de identificação pessoal
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Instituição do lugar de residência

10.1 Designação: .....

10.2 Número de identificação da instituição: .....

10.3 Endereço: .....  
.....  
.....

10.4 Carimbo

10.5 Data: .....

10.6 Assinatura: .....

## Indicações para o segurado

- a) O presente formulário dá-lhe direito, a si e aos membros da sua família, às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade. Se estiver desempregado, o presente formulário não lhe é destinado, destinando-se unicamente aos membros da sua família que residam num Estado-Membro que não seja aquele em que está segurado.
- b) Os dois exemplares do formulário que estão em seu poder devem ser enviados o mais cedo possível à instituição de seguro de doença e maternidade do seu lugar de residência. Se estiver no desemprego, o formulário deve ser enviado pelos membros da sua família à instituição de seguro de doença e maternidade do lugar de residência dos mesmos.
- c) As instituições de seguro de doença e maternidade são:
- na **Bélgica**, a «mutualité» (mutualidade) escolhida;
  - na **República Checa**, a «Zdravotní pojišťovna», a Caixa de seguro de doença do lugar de residência;
  - na **Dinamarca**, a autoridade municipal do lugar de residência;
  - na **Alemanha**, a «Krankenkasse» (caixa de seguro de doença) escolhida pelo interessado;
  - na **Estónia**, a «Eesti Haigekassa» (Caixa de seguro de doença da Estónia);
  - na **Grécia**, normalmente a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um boletim de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;
  - em **Espanha**, a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de residência. Se necessitar de prestações, pode dirigir-se aos serviços médicos e hospitalares do serviço de saúde da segurança social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste;
  - em **França**, a «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença);
  - na **Irlanda**, o serviço de saúde local do «Health Service Executive» (Serviço de saúde);
  - na **Itália**, regra geral, a «Azienda sanitaria locale» (ASL) (unidade local da administração de saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministério da Saúde - Departamento de saúde da marinha mercante ou da aviação civil);
  - em **Chipre**, o «Υπουργείο Υγείας» (Ministério da Saúde 1448 Nicósia); mediante pedido, pode ser concedido ao interessado um cartão de seguro de doença cipriota sem o qual as prestações em espécie não são concedidas nos estabelecimentos de saúde públicos;
  - na **Letónia**, a «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agência Nacional de Seguro de Doença Obrigatório);
  - na **Lituânia**, a «Teritorinė ligonių kasa» (Caixa Regional de Seguro de Doença), instituições de seguro de doença e maternidade;
  - no **Luxemburgo**, a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);
  - na **Hungria**, o «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Serviço de Seguro Social local);
  - em **Malta**, a «Entitlement Unit» (Unidade de direitos), «Ministry of Health» (Ministério da Saúde), 23, John Street, Valletta;
  - nos **Países Baixos**, uma caixa de doença competente para o lugar de residência;
  - na **Áustria**, a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;
  - na **Polónia**, o Centro regional da «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto de Segurança Social) competente para o lugar de residência;
  - em **Portugal**, para o **Continente**: o Centro Distrital de Segurança Social do lugar de residência; para a **Madeira**: o Centro de Segurança Social da Madeira, no Funchal; para os **Açores**: o Centro de Prestações Pecuniárias para o lugar de residência;
  - na **Eslovénia**, o «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto do Seguro de Doença da Eslovénia);
  - na **Eslováquia**, a «zdravotná poisťovňa» (companhia de seguros de saúde) escolhida pela pessoa segurada;
  - na **Finlândia**, o serviço local do «Kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social);
  - na **Suécia**, o «Försäkringskassan» (Serviço de seguro social) do lugar de residência;
  - no **Reino Unido**, o «Department for Work and Pensions» (Departamento do Trabalho e das Pensões), the Pension Service (Serviço de Pensões), International Pension Centre (Centro Internacional de Pensões), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, ou para a Irlanda do Norte o «Department for Social Development» (Ministério do Desenvolvimento Social), Overseas Benefits Branch (Direcção de Prestações Internacionais), Block 2, Castle Buildings, Belfast, conforme o caso;
  - na **Islândia**, o «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto Nacional do Seguro Social), em Reiquiavique;
  - no **Liechtenstein**, o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;
  - na **Noruega**, o «lokale Trygdekontor» (Serviço de seguro local) do lugar de residência;
  - na **Suíça**, a «Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Instituição comum no âmbito da Lei Federal do Seguro de Doença), em Soleure.
- d) Este formulário é válido a partir da data indicada no ponto 5 e pelo período indicado no quadro 6 pela quadricula que estiver assinalada com uma cruz.
- e) Qualquer mudança de situação susceptível de modificar o direito às prestações em espécie - abandono ou mudança de emprego, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um membro da sua família, etc. - deverá ser comunicada por si ou pelos membros da sua família à instituição de seguro onde o formulário tiver sido entregue.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemanha; EE = Estónia; GR = Grécia; ES = Espanha; FR = França; IE = Irlanda; IT = Itália; CY = Chipre; LV = Letónia; LT = Lituânia; LU = Luxemburgo; HU = Hungria; MT = Malta; NL = Países Baixos; AT = Áustria; PL = Polónia; PT = Portugal; SI = Eslovénia; SK = Eslováquia; FI = Finlândia; SE = Suécia; UK = Reino Unido; IS = Islândia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suíça.
- (<sup>2</sup>) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.
- (<sup>3</sup>) Indicar os apelidos pela ordem do registo civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar os nomes próprios pela ordem do registo civil.
- (<sup>5</sup>) A preencher apenas se o formulário disser respeito aos membros da família de um desempregado. Indicar só um membro da família para a inscrição, visto que os membros da família que têm direito às prestações são determinados pela legislação do país de residência.
- (<sup>6</sup>) Os membros da família que têm direito às prestações são determinados pela legislação do país de residência.
- (<sup>7</sup>) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição alemã, francesa, italiana ou portuguesa.
- (<sup>8</sup>) No caso de o formulário ser emitido por uma instituição grega, húngara ou do Reino Unido de trabalhadores assalariados ou não assalariados.
- (<sup>9</sup>) Se este formulário for emitido para renovar um atestado anterior, não há lugar ao preenchimento da parte B.
-