

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΝ ΣΕ ΧΩΡΑ ΑΛΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΧΩΡΑ

Μισθωτοί και μη μισθωτοί και μέλη της οικογένειάς τους που κατοικούν μαζί τους· μέλη της οικογένειας ανέργων

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 19.1.α)· άρθρο 19.2· άρθρο 25.3.ι)

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 17.1 και 4· άρθρο 27 (πρώτο εδάφιο)

Ο αρμόδιος φορέας συμπληρώνει το μέρος Α του έντυπου και αποστέλλει δύο αντίγραφα στον ασφαλισμένο ή τα διαβιβάζει –εφόσον είναι απαραίτητο μέσω του Οργανισμού Σύνδεσης– στο φορέα του τόπου κατοικίας, εάν το έντυπο έχει εκδοθεί ύστερα από αίτημα του φορέα αυτού. Ο φορέας του τόπου κατοικίας, αμέσως μόλις λάβει τα δύο αντίγραφα, συμπληρώνει το μέρος Β και επιστρέφει ένα αντίγραφο στον αρμόδιο φορέα.

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 4 σελίδες από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

Α. Γνωστοποίηση του δικαιώματος

1.	Φορέας του τόπου κατοικίας ⁽²⁾
1.1	Επωνυμία:
1.2	Κωδικός του φορέα:
1.3	Διεύθυνση:
1.4	Σχετικό: το έντυπό σας Ε 107 της

2.	Ασφαλισμένος
2.1	Επώνυμο(-α) ⁽³⁾ :
2.2	Όνομα(-τα) ⁽⁴⁾ : Ημερομηνία γέννησης:
2.3	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α):
2.4	Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας:
2.5	Αριθμός μητρώου ασφάλισης:
2.6	Ο ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> ιεΐναι μισθωτός
2.7	Ο ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> ιεΐναι αυτοτελώς απασχολούμενος
2.8	Ο ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> εΐναι μεθοριακός εργαζόμενος (μισθωτός)
2.9	Ο ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> εΐναι μεθοριακός εργαζόμενος (αυτοτελώς απασχολούμενος)
2.10	Ο ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> εΐναι άνεργος

3.	Μέλος οικογένειας ⁽⁵⁾
3.1	Επώνυμο(-α) ⁽³⁾ :
3.2	Όνομα(-τα) ⁽⁴⁾ : Ημερομηνία γέννησης:
3.3	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α):
3.4	Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας:
3.5	Αριθμός μητρώου ασφάλισης:

- 4.1 Ο ανωτέρω ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειας⁽⁶⁾ που κατοικούν μαζί του
- 4.2 Τα μέλη της οικογένειας⁽⁶⁾ του ανωτέρω ανέργου
5. δικαιούνται παροχές ασθεΐειας και μητρότητας σε είδος από την

6. Τα εν λόγω πρόσωπα διατηρούν το δικαίωμά τους

6.1 μέχρι την ακύρωση της παρούσας βεβαίωσης

6.2 για περίοδο ενός έτους από την ημερομηνία που προσδιορίζεται στο σημείο 5 (7)

6.3 μέχρι συμπεριλαμβανομένης (8)

7. Αρμόδιος φορέας ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας

7.1 Επωνυμία:

7.2 Κωδικός του φορέα:

7.3 Διεύθυνση:
.....
.....

7.4 Σφραγίδα

7.5 Ημερομηνία:

7.6 Υπογραφή:

B. Γνωστοποίηση της καταχώρισης (9)

8.

8.1 Ο ασφαλισμένος που αναφέρεται στο πλαίσιο 2 και τα μέλη της οικογένειάς του

8.2 Τα μέλη της οικογένειας του ανέργου που αναφέρονται στο πλαίσιο 3

8.3 έχουν καταχωρισθεί σε μας την

8.4 δεν μπορούν να καταχωρισθούν σε μας λόγω

9.

9.1	Επώνυμο(-α) (3)	Όνομα(-τα) (4)	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός μητρώου ασφάλισης
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Φορέας του τόπου κατοικίας

10.1 Επωνυμία:

10.2 Κωδικός του φορέα:

10.3 Διεύθυνση:
.....
.....

10.4 Σφραγίδα

10.5 Ημερομηνία:

10.6 Υπογραφή:

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

- α) Με το παρόν έντυπο παρέχεται σε σας και στα μέλη της οικογένειάς σας το δικαίωμα για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος. Εάν είστε άνεργος, το παρόν έντυπο δεν απευθύνεται σε σας· απευθύνεται αποκλειστικά στα μέλη της οικογένειάς σας τα οποία κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο στο οποίο είστε ασφαλισμένος.
- β) Τα δύο αντίγραφα του εντύπου που βρίσκονται στην κατοχή σας πρέπει να υποβληθούν το συντομότερο δυνατόν στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου κατοικίας σας. Εάν είστε άνεργος, τα μέλη της οικογένειάς σας πρέπει να υποβάλουν το έντυπο στο φορέα ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας του τόπου κατοικίας τους.
- γ) Οι φορείς ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας είναι:
- Στο **Βέλγιο**, η *mutualité* (τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας
- Στην **Τσεχική Δημοκρατία**, το *Zdravotní rojištona*, ταμείο υγειονομικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας.
- Στη **Δανία**, το δημοτικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας του τόπου κατοικίας
- Στη **Γερμανία**, το *Krankenkasse* (Ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής του συγκεκριμένου προσώπου.
- Στην **Εσθονία**, το *Eesti Haigekassa* (Εσθονικό ταμείο υγειονομικής ασφάλισης).
- Στην **Ελλάδα**, κατά κανόνα, το Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), που πρέπει να εκδώσει για το συγκεκριμένο πρόσωπο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος.
- Στην **Ισπανία**, η *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* (επαρχιακή διεύθυνση του εθνικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Εάν ζητάτε παροχές, μπορείτε να υποβάλετε σχετική αίτηση στις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες του ισπανικού συστήματος υγείας. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο μαζί με μία φωτοτυπία του.
- Στη **Γαλλία**, το *Caisse primaire d'assurance-maladie* (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας).
- Στην **Ιρλανδία**, η τοπική υγειονομική μονάδα του *Health Service Executive*.
- Στην **Ιταλία**, η *Azienda sanitaria locale (ASL)* (Τοπική υγειονομική μονάδα) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή. Για τους ναυτικούς και το προσωπικό της πολιτικής αεροπορίας, το Υπουργείο Υγείας *Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea* (Υπουργείο Υγείας, υπηρεσία υγείας ναυτικών ή προσωπικού της πολιτικής αεροπορίας).
- Στην **Κύπρο**, το Υπουργείο Υγείας (*Ministry of Health, 1448 Λευκωσία*). Ύστερα από αίτηση, το συγκεκριμένο πρόσωπο θα εφοδιασθεί με κυπριακή κάρτα υγείας, χωρίς την οποία δεν χορηγούνται παροχές σε είδος από κρατικούς ιατρικούς φορείς.
- Στη **Λεττονία**, το *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra* (Κρατικό ίδρυμα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης).
- Στη **Λιθουανία**, το τοπικό ταμείο ασθενείας και οι φορείς ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας.
- Στο **Λουξεμβούργο**, το *Caisse de maladie des ouvriers* (ταμείο ασθενείας εργατών).
- Στην **Ουγγαρία**, η αρμόδια υπηρεσία *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár* (Τοπική υπηρεσία υγειονομικής ασφάλισης).
- Στη **Μάλτα**, η *Entitlement Unit* (Μονάδα δικαιώματος περίθαλψης), *Ministry of Health* (Υπουργείο Υγείας), 23, *John Street, Βαλέττα*.
- Στις **Κάτω Χώρες**, οιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας.
- Στην **Αυστρία**, το *Gebietskrankenkasse* (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας.
- Στην **Πολωνία**, το περιφερειακό υποκατάστημα του *Narodowy Fundusz Zdrowia* (Εθνικού ταμείου υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας.
- Στην **Πορτογαλία**, για τη **Μητροπολιτική Πορτογαλία**: το *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* (Περιφερειακό κέντρο αλληλεγγύης και κοινωνικής ασφάλισης) του τόπου κατοικίας· για τη **Μαδέρα**: το *Centro de Segurança Social da Madeira* (Κέντρο κοινωνικής ασφάλισης της Μαδέρας) στο *Funchal*· για τις **Αζόρες**: το *Centro de Prestaçoēs Pecuniárias* (Κέντρο παροχών σε χρήμα) στον τόπο κατοικίας.
- Στη **Σλοβενία**, το *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* (Φορέας υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας).
- Στη **Σλοβακία**, το *zdravotná poisťonňa* της επιλογής του ασφαλισμένου.
- Στη **Φινλανδία**, το τοπικό γραφείο του *Kansaneläkelaitos* (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων).
- Στη **Σουηδία**, το *Försäkringskassan* (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.
- Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, το *Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne*, ή για τη Βόρεια Ιρλανδία το *Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast*, αναλόγως με την περίπτωση.
- Στην **Ισλανδία**, το *Tryggingastofnun ríkisins* (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στο *Ρέικιαβικ*.
- Στο **Λιχτενστάιν**, το *Amf für Volkswirtschaft* (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο *Βαντούζ*.
- Στη **Νορβηγία**, το *lokale trygdekontor* (τοπικό γραφείο ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας.
- Στην **Ελβετία**, η *Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG* (Κοινός φορέας σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για την ασφάλιση ασθενείας), στο *Solothurn*.
- δ) Το έντυπο αυτό ισχύει από την ημερομηνία που αναγράφεται στο σημείο 5 και για το χρονικό διάστημα που αναγράφεται στο πλαίσιο 6, στο τετράγωνο που έχει συμπληρωθεί με σταυρό.
- ε) Εσείς ή τα μέλη της οικογένειάς σας οφείλετε να ενημερώσετε αμέσως τον ασφαλιστικό φορέα, στον οποίο έχει υποβληθεί το έντυπο, για οιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος, όπως π.χ. λήξη ή αλλαγή απασχόλησης, αλλαγή τόπου κατοικίας ή διαμονής, είτε της δικής σας είτε κάποιου από τα μέλη της οικογένειάς σας.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- (¹) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λετονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.
- (²) Συμπληρώνεται μόνον όταν το έντυπο εκδίδεται ύστερα από αίτημα του φορέα του τόπου κατοικίας.
- (³) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- (⁴) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- (⁵) Συμπληρώνεται, μόνον εφόσον το έντυπο αφορά σε μέλη της οικογένειας του ανέργου. Αναφέρατε μόνον ένα μέλος της οικογένειας για την καταχώριση, εφόσον η νομοθεσία της χώρας κατοικίας καθορίζει ποια μέλη της οικογένειας δικαιούνται παροχές.
- (⁶) ΤΗ νομοθεσία της χώρας κατοικίας καθορίζει ποια μέλη της οικογένειας δικαιούνται παροχές.
- (⁷) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από γερμανικό, γαλλικό, ιταλικό ή πορτογαλικό φορέα.
- (⁸) Εφόσον το έντυπο εκδίδεται από ελληνικό, ουγγρικό ή βρετανικό φορέα για μισθωτούς ή αυτοτελώς απασχολούμενους.
- (⁹) Εφόσον το παρόν έντυπο εκδίδεται προς ανανέωση προηγουμένως χορηγηθείσας βεβαίωσης, δεν απαιτείται η συμπλήρωση του μέρους Β.