

CERTIFICATO RIGUARDANTE IL MANTENIMENTO DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI MALATTIA-MATERNITÀ  
ATTUALMENTE FORNITE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22, paragrafo 1, lettera b).i; articolo 22, paragrafo 1, lettera c).i; articolo 22, paragrafo 3; articolo 22, lettera a); articolo 31  
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 22, paragrafi 2 e 3; articolo 23; articolo 31, paragrafi 1 e 3

L'istituzione competente o l'istituzione del luogo di residenza della persona assicurata, del titolare di pensione o del suo familiare trasmette il presente modulo alla persona assicurata, al titolare di pensione o al suo familiare. Ove la persona assicurata o il titolare di pensione si rechi nel Regno Unito, si trasmette una copia del modulo anche al "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

1.	<input type="checkbox"/> Persona assicurata	<input type="checkbox"/> Familiare della persona assicurata
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Familiare del lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (lavoratore subordinato)	<input type="checkbox"/> Familiare del titolare di pensione (lavoratore subordinato)
	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (lavoratore autonomo)	<input type="checkbox"/> Familiare del titolare di pensione (lavoratore autonomo)
1.1	Cognome(i) (2): .....	
1.2	Nome(i) (3): .....	Data di nascita: .....
1.3	Cognome(i) da nubile: .....	
1.4	Indirizzo nel paese di residenza: .....	
1.5	Indirizzo nel paese ove l'interessato si reca: ..... .....	
1.6	Numero di identificazione personale (4): .....	
2.	La persona sopra indicata è autorizzata a conservare il diritto alle prestazioni in natura <input type="checkbox"/> dell'assicurazione malattia-maternità <input type="checkbox"/> dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5) in ..... (paese), ove si reca	
2.1	<input type="checkbox"/> per stabilire la propria residenza	
2.2	<input type="checkbox"/> per sottoporsi a cure presso (6) ..... ..... o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche.	
2.3	<input type="checkbox"/> per inviare campioni biologici per le analisi, senza che la persona interessata sia presente.	
3.	In virtù del presente certificato, le predette prestazioni possono essere concesse dal ..... al ..... incluso.	
4.	Il rapporto del nostro medico di controllo	
4.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa	
4.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il ..... a (7) .....	
4.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione	
4.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato	
5.	Istituzione competente	
5.1	Denominazione: .....	
5.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....	
5.3	Indirizzo: .....	
5.4	Timbro	5.5 Data: .....
		5.6 Firma: .....

## Istruzioni per la persona interessata

Il presente modulo deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito, e cioè:

- in **Belgio**, alla "mutualité" (fondo locale di assicurazione malattia) scelta;
- nella **Repubblica ceca**, allo "Zdravotní pojišťovna" (fondo assicurazione malattia) scelto;
- in **Danimarca**, al fornitore delle prestazioni, in genere il medico generico che vi invierà da uno specialista;
- in **Germania**, alla "Krankenkasse" (fondo d'assicurazione malattia) scelta;
- in **Estonia**, all'"Eesti Haigekassa" (Agenzia di assicurazione malattia);
- in **Grecia**, in linea di massima, all'"ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA)" che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;
- in **Spagna**, ai servizi medico-ospedalieri del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al modulo una fotocopia;
- in **Francia**, alla "Caisse primaire d'assurance malaie" (cassa primaria di assicurazione malattia);
- in **Irlanda**, all'ufficio sanitario locale dello "Health Service Executive";
- in **Italia**, all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;
- a **Cipro**, all'"Υπουργείο Υγείας" (ministero della Sanità), 1448 Lefkosia;
- in **Lettonia**, al "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria);
- in **Lituania**, al "Territorial Patient Fund" (fondo territoriale dei pazienti) e agli istituti di malattia-maternità;
- in **Lussemburgo**, alla "Caisse de maladie des ouvriers" (cassa malattia degli operai);
- in **Ungheria**, al fornitore delle cure;
- a **Malta**, al servizio sanitario nazionale (medico, dentista, ospedale, centro sanitario) presso cui vengono dispensate le cure;
- nei **Paesi Bassi**, in caso di trasferimento di residenza, alla cassa di malattia competente per il luogo di residenza e, in caso di soggiorno temporaneo, all'"Agis Verzekeringen", Utrecht;
- in **Austria**, alla "Gebietskrankenkasse" (cassa malattia regionale), competente per il luogo di residenza o di permanenza;
- in **Polonia**, all'ufficio regionale del "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale) competente per il luogo di residenza o di permanenza;
- in **Portogallo**, per il continente: all'"Administração Regional de Saúde" (amministrazione regionale della sanità) del luogo di residenza o di permanenza; per **Madera**: al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza; per **le Azzorre**: al "Centro de Saúde" (centro sanitario) del luogo di permanenza;
- in **Slovenia**, all'unità regionale competente dello "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia) nel luogo di residenza o di permanenza;
- in **Slovacchia**, alla "zdravotná poisťovňa" (compagnia di assicurazione malattia) scelta dalla persona assicurata;
- in **Finlandia**, all'ufficio locale del "Kansaneläkelaitos" (istituzione di sicurezza sociale. Il modulo dovrà essere esibito al centro sanitario municipale o all'ospedale pubblico che fornisce il trattamento);
- in **Svezia**, al "Försäkringskassan" (ufficio di previdenza sociale). Occorre presentare il modulo all'istituto sanitario che dispensa le cure;
- nel **Regno Unito**, al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;
- in **Islanda**, al "Tryggingastofnun ríkisin" (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;
- in **Liechtenstein**, all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio di economia nazionale), Vaduz;
- in **Norvegia**, al "Lokale trygdekontor" (ufficio assicurativo locale);
- in **Svizzera**, all'"Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Ufficio di collegamento con l'assistenza federale di assicurazione malattia), Solothurn. Il modulo va presentato al medico o all'ospedale che dispensa le cure.

## NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare il numero della persona assicurata ove il familiare non possiede un numero di identificazione personale.
- (5) Da compilare da parte delle istituzioni francesi per lavoratori agricoli autonomi.
- (6) Compilare se possibile.
- (7) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.