

INTYG OM FORTSATT RÄTT TILL FÖRMÅNER FRÅN SJUK- OCH MODERSKAPSFÖRSÄKRING

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 22.1 b i, artikel 22.1 c i, artikel 22.3, artikel 22 a, artikel 31

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 22.1 och 22.3, artikel 23, artikel 31.1 och 31.3

Den behöriga institutionen eller institutionen på den försäkrades, pensionstagarens eller familjemedlemmens bosättningsort skall utfärda denna blankett till den försäkrade, pensionstagaren eller familjemedlemmen. Om den försäkrade eller pensionstagaren skall åka till Storbritannien skall ett exemplar också skickas till Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av två sidor, av vilka ingen får utelämnas.

1.	<input type="checkbox"/> Försäkrad	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till den försäkrade
	<input type="checkbox"/> Egenföretagare	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en egenföretagare
	<input type="checkbox"/> Pensionstagare (anställd)	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en pensionstagare (anställd)
	<input type="checkbox"/> Pensionstagare (egenföretagare)	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en pensionstagare (egenföretagare)
1.1	Efternamn ⁽²⁾	
1.2	Förnamn ⁽³⁾	Födelsedatum:
1.3	Tidigare efternamn:	
1.4	Adress i det behöriga landet:	
1.5	Adress i det land till vilket den berörda personen skall bege sig:	
1.6	Personnummer eller motsvarande ⁽⁴⁾ :	
2.	Ovannämnda person har fortsatt rätt till vårdförmåner	
	<input type="checkbox"/> från sjuk- och moderskapsförsäkring	<input type="checkbox"/> från olycksfallsförsäkring för olycksfall utanför arbetet ⁽⁵⁾
	i (land) dit han/hon skall bege sig	
2.1	<input type="checkbox"/> för att bosätta sig	
2.2	<input type="checkbox"/> för att få medicinsk behandling vid eller annan liknande inrättning på annan ort om det är medicinskt nödvändigt för denna behandling.	
2.3	<input type="checkbox"/> för att sända biologiska prover för analys utan att den berörda personen behöver närvara.	
3.	Dessa förmåner kan utges på grundval av detta intyg fr.o.m. t.o.m.	
4.	Utlåtandet från vår undersökande läkare	
4.1	<input type="checkbox"/> bifogas denna blankett i ett slutet kuvert	
4.2	<input type="checkbox"/> sändes den till ⁽⁷⁾	
4.3	<input type="checkbox"/> sänds av oss på begäran	
4.4	<input type="checkbox"/> har inte utfärdats	
5.	Behörig institution	
5.1	Namn:	
5.2	Institutionens identifieringsnummer:	
5.3	Adress:	
5.4	Stämpel	5.5 Datum:
		5.6 Underskrift:

Upplysningar till den berörda personen

Du skall så snart som möjligt skicka denna blankett till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring på den ort dit du skall bege dig, enligt följande:

Belgien: den *mutualité* du valt.

Tjeckien: den *Zdravotní pojišťovna* du valt.

Danmark: vårdgivaren, i regel allmänläkare, som remitterar dig till en specialist.

Tyskland: den *Krankenkasse* du valt.

Estland: *Eesti Haigekassa*.

Grekland: normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade behöver för att kunna få vårdförmåner.

Spanien: de läkare och sjukhus som är anknutna till det spanska socialförsäkringssystemet. Blanketten skall lämnas in tillsammans med en fotokopia.

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance-maladie*.

Irland: lokalkontoret för *Health Service Executive*.

Italien: normalt *Azienda sanitaria locale* som ansvarar för det berörda området.

Cypern: *Υπουργείο Υγείας* (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia.

Lettland: *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*.

Litauen: *Teritorė ligonių kasa*, institutioner för sjuk- och moderskapsförsäkring.

Luxemburg: *Caisse de maladie des ouvriers*.

Ungern: vårdgivaren.

Malta: offentliga sjukvårdsinrättningar (läkare, tandläkare, sjukhus, hälsovårdscentraler) som ger medicinsk behandling.

Nederländerna: behörig sjukförsäkring på bosättningsorten, eller om det är fråga om en tillfällig vistelse, *Agis zorgverzekering*, Utrecht.

Österrike: behörig *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.

Polen: regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* på bosättnings- eller vistelseorten.

Portugal: på fastlandet: *Administração Regional de Saúde* på bosättnings- eller vistelseorten; **Madeira:** *Centro de Saúde* på vistelseorten; **Azorerna:** *Centro de Saúde* på vistelseorten.

Slovenien: regionalkontoret för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* på vistelse- eller bosättningsorten.

Slovakien: det *zdravotná poisťovňa* som den försäkrade valt.

Finland: Folkpensionsanstaltens (*Kansaneläkelaitos*) lokalkontor. Blanketten måste visas för den hälsovårdscentral eller det allmänna sjukhus som ger medicinsk behandling.

Sverige: Försäkringskassan. Blanketten skall uppvisas för vårdgivaren.

Storbritannien: nationella hälsovårdsinrättningar (läkare, tandläkare, sjukhus osv.) som ger medicinsk behandling.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.

Norge: *lokale trygdekontor*.

Schweiz: *Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG, Solothurn*. Blanketten skall lämnas till den läkare eller det sjukhus som ger medicinsk behandling.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (3) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (4) Om familjemedlemmen inte har något personnummer eller motsvarande skall den försäkrades nummer anges.
- (5) Ifylls av franska institutioner för egenföretagare inom jordbrukssektorn.
- (6) Skall fyllas i om detta är möjligt.
- (7) Namn och adress till den institution till vilken läkarutlåtandet har sänts.