

**RICOVERO OSPEDALIERO - NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA**

Accordo amministrativo: art. 8.3 e 4; 9.2 e 3

*Il presente formulario deve essere compilato dall'istituzione del luogo di dimora: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente.*

1	All'istituzione competente	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3) .....	
	.....	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore		<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita	
2.1	Cognome: .....			
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....	
2.3	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3): .....			
	.....			
2.4	Numero di identificazione (4): .....			

3	Familiare ricoverato (5)			
3.1	Cognome: .....			
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....	
3.3	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3): .....			
	.....			
3.4	Numero di identificazione (4): .....			

4 Riferimento:

4.1  al vostro modulo ..... del ..... (6)

4.2  al nostro modulo 107 del .....

**A. Notifica di entrata**

5 La persona indicata indicata  al quadro 2  al quadro 3

5.1 è stata ricoverata il .....

5.2 presso (7) .....

5.3 a seguito di  malattia  maternità  infortunio sul lavoro

malattia professionale (8)

Si presume che la degenza si protrarrà sino al .....

(9) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

**B. Notifica di uscita**

6 La degenza notificata

con modulo 113 del .....

nella parte A che precede

e terminata il .....

7	Istituzione del luogo di residenza o di dimora	
7.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
7.2	Indirizzo (3): .....	
7.3	Timbro	
		7.4 Data .....
		7.5 Firma .....

### ISTRUZIONI

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.**

### NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; CV = Capoverde
- (2) Da indicare, se possibile. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (5) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.
- (6) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (7) Denominazione dell'istituto di cura.
- (8) Da indicare.
- (9) Se del caso, riportare una X nel quadratino.

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

Accordo amministrativo: art. 12 e 20.3

*Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura effettivamente sostenute. L'istituzione del luogo di residenza o di temporaneo soggiorno compila la parte A e trasmette una o due copie dello stampato a seconda che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 7.1 o il punto 7.2. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni, dovrà compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di temporaneo soggiorno.*

A. Notifica

1	All'istituzione competente	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3) .....	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita	
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese di residenza (3): .....		
2.4	Numero di identificazione (4): .....		

3	Familiare ricoverato		
3.1	Cognome: .....		
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel paese di residenza (3) (5): .....		
3.4	Numero di identificazione (4): .....		

4 Riferimento:

4.1  al vostro modulo ..... del ..... (6)

4.2  al nostro modulo 107 del .....

5 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata

al quadro 2                       al quadro 3

5.1  la necessità                       l'urgenza assoluta

5.2 delle seguenti prestazioni: .....

5.3 il cui costo                       probabile                       effettivo ai sensi della nostra legislazione è di .....

6  Si allega il rapporto del medico di controllo (8)

7 Le prestazioni citate al punto 5.2

7.1  Sono già state accordate d'urgenza in data .....

7.2  saranno accordate qualora, entro 60 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.

(1)

<b>8</b>	Istituzione del luogo di residenza o di dimora	
8.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
8.2	Indirizzo (3): .....	
8.3	Timbro	
		8.4 Data .....
		8.5 Firma .....

**B. Eventuale opposizione dell'istituzione competente**

9 In riferimento al punto 7.2 vi comuniciamo che le prestazioni indicate al punto 5.2 non possono essere erogate.

Motivi:

.....  
 .....

<b>10</b>	Istituzione competente	
10.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
10.2	Indirizzo (3): .....	
10.3	Timbro	
		10.4 Data .....
		10.5 Firma .....

**ISTRUZIONI**

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.**

**NOTE**

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Per i cittadini italiani, indicare se possibile, il numero di codice fiscale.
- (5) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.
- (6) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (7) Importo da indicare nella moneta del paese di temporaneo soggiorno o di residenza.
- (8) Nell'eventualità che venga allegato il rapporto di cui trattasi, riportare una X nel quadratino.

**ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA O DEI LORO FAMILIARI**

Convenzione: art. 9.2; Accordo amministrativo: art. 11.1 e 3

*L'Istituzione cui competente il rilascio dell'attestato compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita o al suo familiare, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 7. Deve essere rilasciato un attestato per il titolare e uno per ogni familiare a carico del pensionato.*

**A. Notifica del diritto**

<b>1</b>	All'istituzione del luogo di residenza (2)
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
1.2	Indirizzo (4): .....
1.3	Riferimento: vostro modulo 107 del .....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....
2.4	Data dell'eventuale trasferimento: .....
2.5	Numero di identificazione (5): .....

<b>3</b>	Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita
3.1	La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita <input type="checkbox"/> di vecchiaia <input type="checkbox"/> d'invalidità <input type="checkbox"/> ai superstiti <input type="checkbox"/> d'infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> di malattia professionale
3.2	a decorrere dal .....
3.3	Numero della pensione o della rendita: .....

<b>4</b>	Istituzione che compila il quadro
4.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
4.2	Indirizzo (4): .....
4.3	Timbro
	4.4 Data .....
	4.5 Firma .....

<b>5</b>	Familiare del titolare di pensione o rendita (6) (7)
5.1	Cognome: .....
5.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
5.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....
5.4	Data dell'eventuale trasferimento: .....
5.5	Numero di identificazione (5): .....

<b>6</b>	Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione o rendita <sup>(7)</sup>
6.1	Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria <sup>(3)</sup> : .....
6.2	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2 <input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5 ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....
6.3	L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato di residenza, diverso da quello competente, è a carico della sottoscritta istituzione
6.4	<input type="checkbox"/> a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato.
6.5	<input type="checkbox"/> per la durata di un anno a decorrere dal ..... <sup>(8)</sup>
6.5	<input type="checkbox"/> a seguito del rilascio del presente attestato, cessa la validità del modulo ..... emesso il .....

<b>7</b>	Istituzione che compila il quadro 6 <sup>(7)</sup>
7.1	Denominazione: ..... Numero di codice <sup>(3)</sup> : .....
7.2	Indirizzo <sup>(4)</sup> : .....
7.3	Timbro
	7.4 Data .....
	7.4 Firma .....

**B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione all'Istituzione indicata al quadro n. 7**

<b>8</b>	<input type="checkbox"/> <sup>(9)</sup>
8.1	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2 <input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5 Non è stata iscritta
8.2	<input type="checkbox"/> in quanto la persona interessata ha già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato
8.3	<input type="checkbox"/> altri motivi: .....

<b>9</b>	<input type="checkbox"/> <sup>(9)</sup>
9.1	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2 <input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5 è stata iscritta
9.2	L'onere delle prestazioni è a carico dell'istituzione indicata al quadro n. 7 a decorrere dal .....

Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o di rendita o del familiare	
10.1	Denominazione: ..... Numero di codice <sup>(3)</sup> : .....
10.2	Indirizzo <sup>(4)</sup> : .....
10.3	Timbro
	10.4 Data .....
	10.5 Firma .....

## ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Per ogni familiare va compilato un formulario a parte.

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita o per il suo familiare

- a) Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile all'istituzione di assicurazione:  
in **Italia**, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;  
in **Capoverde**, ai Servizi Sanitari.
- b) Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione malattia che vi ha rilasciato il modulo e quella a cui avrete presentato il modulo, di qualsiasi variazione verificatasi nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni cambiamento del luogo di residenza ecc.)

### NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.
- (3) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio
- (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- (6) Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia quando riguarda un familiare
- (7) In Italia, i quadri 5, 6 e 7 vanno compilati esclusivamente dalla USL - o dal Ministero della Sanità.
- (8) Quando è rilasciato dall'Italia è rinnovabile.
- (9) Dei due quadri 8 e 9, compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.





<b>4</b>	Al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura <input type="checkbox"/> per infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattia professionale
4.1	<input type="checkbox"/> per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del paese di residenza
4.2	<input type="checkbox"/> sino al .....
4.3	<input type="checkbox"/> per un massimo di tre mesi
4.4	<input type="checkbox"/> senza limite di tempo
<b>5</b>	Il rapporto riservato del nostro medico di controllo
5.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa
5.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il ..... a (6) .....
5.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato
<b>6</b>	Istituzione competente
6.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
6.2	Indirizzo (4): .....
6.3	Timbro
	6.4 Data .....
	6.5 Firma .....

### ISTRUZIONI

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione**

#### Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato, senza indugio, all'istituzione di assicurazione del paese nel quale vi siete recato, cioè:

#### in Italia

a) all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio, per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, al Ministero della Sanità, ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio;

b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

in Capoverde, ai Servizi Sanitari.

### NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato.
- (3) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (5) Per i cittadini italiani, indicare, il numero di codice fiscale.
- (6) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

## 7.4. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Croazia in materia di sicurezza sociale

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA - CROAZIA  
TALIJANSKO - HRVATSKI UGOVOR O SOCIJALNOM OSIGURANJU

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

001

(1)

T

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Domanda di informazioni       | <input type="checkbox"/> un lavoratore subordinato privato |
| <input type="checkbox"/> Comunicazione di informazioni | <input type="checkbox"/> un lavoratore pubblico            |
| <input type="checkbox"/> Richiesta di formulari        | <input type="checkbox"/> un lavoratore autonomo            |
| <input type="checkbox"/> Sollecito                     | <input type="checkbox"/> un lavoratore stagionale          |
|  | <input type="checkbox"/> un titolare di pensione privato   |
|  | <input type="checkbox"/> un titolare di pensione pubblico  |
|  | <input type="checkbox"/> un titolare di pensione autonomo  |

Convenzione: art. 36; Accordo amministrativo: art. 32

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente formulario all'istituzione destinataria, che a sua volta compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il presente formulario è utilizzato unicamente in aggiunta ad altri formulari e servirà per qualsiasi scambio d'informazione non espressamente previsto in altri moduli, senza mai sostituirsi ad essi.

### Parte A

<b>1</b>	<b>Istituzione destinataria</b>
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2) .....
1.2	Indirizzo (3): .....
<hr/>	
<b>2</b>	<b>Notizie concernenti l'interessato (4)</b>
2.1	Cognome(5): .....
2.2	Cognome di nascita (5): .....
2.3	Nomi (6): .....
2.4	Cognomi precedenti (7): .....
2.5	Sesso (8): .....
<hr/>	
<b>3</b>	<b>Nazionalità (9) .....</b>
<hr/>	
<b>4</b>	<b>Nascita</b>
4.1	Data (10): .....
4.2	Località (11): .....
4.3	Provincia: .....
4.4	Paese (12): .....
<hr/>	
<b>5</b>	<b>Numero di matricola</b>
5.1	Presso l'istituzione mittente (13): .....
5.2	Presso l'istituzione destinataria (13): .....
<hr/>	
<b>6</b>	<b>Indirizzo (3) .....</b>
<hr/>	
<b>7</b>	<b>Pratica</b>
7.1	Tipo di prestazione .....
7.2	Numero di pratica presso l'istituzione mittente: .....
7.3	Numero di pratica presso l'istituzione destinataria: .....

①

**8** Beneficiario

8.1 Cognome(5):  
.....

8.2 Nomi ..... Cognomi di nascita (5): .....

8.3 Luogo di nascita (12) ..... Data di nascita (12) .....

8.4 Sesso ..... Cittadinanza (9) .....

8.5 Indirizzo (11) .....

**9**  Richiesta  Sollecito della richiesta del .....

Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro  2  8

9.1  dei formulari: .....

9.2  dei documenti: .....

9.3  delle seguenti informazioni: .....

9.4 Motivo della richiesta: .....

**10** Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....

.....

.....

.....

**11** Varie

.....

.....

.....

.....

**12** Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

12.2 Indirizzo (3): .....

12.3 Timbro .....

12.4 Data .....

12.5 Firma .....

Parte B

13

A seguito della richiesta del ..... si trasmettono in allegato:

13.1  i seguenti formulari: .....

13.2  i seguenti documenti: .....

13.3  le seguenti informazioni: .....

14

A seguito della richiesta del ..... si comunica che non è possibile trasmettere

14.1  i seguenti formulari: .....

14.2  i seguenti documenti: .....

14.3  le informazioni richieste .....

14.4  Motivo: .....

15

Varie

.....

.....

.....

.....

16

A seguito dell'invio del .....  
si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 10

17

Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

17.2 Indirizzo (3): .....

17.3 Timbro .....

17.4 Data .....

17.5 Firma .....

## ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

## NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia
- (2) Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (4) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.
- (5) Il cognome (di famiglia) è quello usuale oppure acquisito per matrimonio; il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem».
- (6) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (7) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente; gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (8) M = maschile; F = femminile.
- (9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
- (10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 10 agosto 1921 = 01. 08. 1921).
- (11) Per l'Italia indicare l'ultimo indirizzo del luogo di residenza
- (12) Sigla del paese di nascita dell'assistito codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
- (13) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.

**ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER MALATTIA E MATERNITÀ DEI  
RESIDENTI IN UN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE**

**Lavoratori e familiari con loro residenti**

Convenzione: art. 6, 7, 12.1 e 2; Accordo amministrativo: art. 7.1

L'Istituzione competente – previa acquisizione del mod. 101 o 102 – compila la parte A dello stampato e ne consegna due copie all'assicurato, oppure le trasmette all'istituzione del luogo di residenza, qualora questa lo abbia richiesto. Quest'ultima istituzione – ricevute le copie dall'assicurato o dall'istituzione competente – compila la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

**A. Notifica del diritto**

1	Istituzione del luogo di residenza (2)	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3) .....
1.2	Indirizzo (4): .....	
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del .....	

**Lavoratore**

2	Lavoratore		
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
2.4	Numero di identificazione (5): .....		

4  il lavoratore sopraindicato e i familiari (6) con lui residenti

5  hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità  
dal .....

6	Tale diritto si protrae (7)	
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato	
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5	
6.3	<input type="checkbox"/> fino al ..... compreso	

7	Istituzione competente per la malattia-maternità	
7.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....
7.2	Indirizzo (4): .....	
7.3	Timbro	
	7.4	Data .....
	7.5	Firma .....

**B. Notifica dell'iscrizione**

9	Iscrizione	
9.1	<input type="checkbox"/> il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari	
9.3	<input type="checkbox"/> sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....	
9.4	<input type="checkbox"/> non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo: .....	

<b>10</b>	<b>Familiari iscritti</b>					<b>106</b>
10.1	Cognome	Nomi	Sesso	Cognomi precedenti	Data di nascita	
			F   M			
10.2	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.3	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.4	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.5	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.6	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.7	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.8	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	
10.9	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	

<b>11</b>	<b>Istituzione del luogo di residenza</b>				
11.1	Denominazione:	.....	Numero di codice (3):	.....	
11.2	Indirizzo (4):	.....			
11.3	Timbro	.....			
			11.4	Data	.....
			11.5	Firma	.....

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

**Avvertenze per la persona assicurata**

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità.
- b) I due esemplari di formulario in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete.
- c) Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:  
in **Italia**, l'unità sanitaria locale (ASL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il Ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea;  
in **Croazia**, l'Ufficio Regionale dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria.
- d) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, il presente formulario è valido per il periodo indicato con una X nel riquadro 6, a partire dalla data riportata al punto 5.
- e) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella alla quale il formulario è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.

**NOTE**

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia.
- (2) Da compilare solo qualora si ha conoscenza dell'istituzione del paese di residenza dove l'attestato sarà presentato.
- (3) Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- (6) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- (7) Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Convenzione: art.12, 13.1.a e 3, 14.2, 15, 16 e 22; Accordo amministrativo: art. 7.2, 8.3, 10, 11 e 18

L'Istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente. Detta istituzione – anche qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto – compila la parte B e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato.

Qualora l'istituzione competente non sia nota, inviare la richiesta tramite l'organismo di collegamento.

**A. Da compilare parte dell'istituto di residenza o di dimora**

1	Istituzione
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3): ..... ..... .....

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione <input type="checkbox"/> Altro
	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....
2.4	Numero di identificazione (5): .....
2.5	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita di <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> superstiti <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> malattia professionale
	N. .... (6)                      categoria: ..... (6)
2.6	Istituzione debitrice della pensione o rendita .....

3	Datore di lavoro
3.1	Nome o ragione sociale .....
3.2	Indirizzo (4): .....
3.3	Tipo di azienda: .....
3.4	Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro .....

4				
4.1	Cognome (7)	Nomi	Data di nascita	N. di identificazione (5)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Indirizzo (4) nel paese di residenza (8): .....			
	.....			

- 5 Il ..... abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata  
 al quadro 2                                       al quadro 4  
 per ottenere
- 5.1  la concessione di prestazioni in natura  
 5.2  la proroga del diritto alle prestazioni in natura  
 5.3  l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura
- 6 Le prestazioni in natura  sono state concesse                       non sono state concesse
- 6.1 ai sensi dell'art. ....
- 6.2 il richiedente  non ha più espletato un'attività  
 ha espletato la seguente attività: .....
- 7 Si prega di inviare l'attestato del diritto alle prestazioni – formulario .....  
 valido dal ..... al .....
- 8  Si allega il rapporto medico (9)

9	Istituzione del luogo di residenza o di dimora	
9.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
9.2	Indirizzo (2): .....	
	.....	
9.3	Timbro	
	9.4	Data .....
	9.5	Firma .....
		.....

**B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente**

10	
10.1	<input type="checkbox"/> Si allega il formulario del quale deve esserci resa una copia, compilata e firmata (10)
10.2	<input type="checkbox"/> Si comunica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo ..... .....

11	Istituzione competente	
11.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
11.2	Indirizzo (3): .....	
	.....	
11.3	Timbro	
	11.4	Data .....
	11.5	Firma .....
		.....

## ISTRUZIONI

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione**

## NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; HR = Croazia.
  - (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
  - (3) Via, numero, codice postale, località, Paese.
  - (4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
  - (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
  - (6) Da indicare nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
  - (7) Da compilare solo nei casi di familiari per i quali è richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'istituzione.
  - (8) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.
  - (9) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.
  - (10) Da indicare se il tipo di formulario da rinviare lo consente.
-



NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE  
MALATTIA E MATERNITÀ

Residenti in un paese diverso da quello competente

Convenzione: art.6, 7, 12.1 e 2, 14.2 e 15; Accordo amministrativo: art. 4, 5, 7, 10, 11.2, 18

L'Istituzione competente compila la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'istituzione del luogo di residenza, eventualmente tramite l'organismo di collegamento. Quest'ultima istituzione compila la parte B e - al più presto - invia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica

1		
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3): .....	
	.....	
	.....	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione <input type="checkbox"/> Altro		
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
2.4	Numero di identificazione (5): .....		

3	Familiare (6)		
3.1	Cognome: .....		
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
3.4	Numero di identificazione (5): .....		

4 Il diritto attestato con il nostro modulo ..... del ..... (data) è stato sospeso/soppresso per il seguente motivo:

- 4.1  il lavoratore predetto non è più assicurato dal .....
- 4.2  la pensione predetta è stata sospesa/soppressa dal .....
- 4.3  tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, non risiedono più nel Vostro Paese dal .....
- 4.4  il titolare è deceduto il .....
- 4.5  (7) .....

5	Istituzione competente	
5.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
5.2	Indirizzo (3): .....	
5.3	Timbro .....	
		5.4 Data .....
		5.5 Firma .....
		.....

**B. Avviso di ricezione della notifica**

6 La notifica di cui alla parte A è pervenuta alla sottoscritta istituzione in data .....

- 7  la persona di cui alla parte A  le persone di cui alla parte A  
 non ha più beneficiato  non hanno più beneficiato  
 non beneficerà più  non beneficeranno più  
di prestazioni a decorrere dal .....

8 Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
8.2 Indirizzo (3): .....	
.....	
8.3 Timbro	
	8.4 Data .....
	8.5 Firma .....
	.....

**ISTRUZIONI**

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate**

**NOTE**

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; HR = Croazia.  
(2) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio  
(3) Via, numero, codice postale, località, Paese.  
(4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio  
(5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.  
(6) Da compilare nei casi in cui lo stampato notificchi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; inviare un formulario per ogni familiare.  
(7) Indicare l'eventuale altro motivo

**ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI**

Convenzione: art. 15; Accordo amministrativo: art. 11.1

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie al lavoratore, oppure le invia, se del caso, tramite l'organismo di collegamento all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'istituzione del luogo di residenza - ricevute le copie citate - compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'istituzione competente.

**A. Notifica del diritto**

<b>1</b>	Istituzione del luogo di residenza (2)
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
1.2	Indirizzo (4): .....
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del: .....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore</b>
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo (4): .....
2.4	Numero di identificazione (5): .....

<b>3</b>	<b>Familiare (6)</b>
3.1	Cognome: .....
3.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....

4 I familiari del lavoratore di cui sopra hanno il diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità a meno che:

- non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono
- esercitino un'attività professionale

5 Questo diritto decorre dal .....

<b>6</b>	e si protrae (7)
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5
6.3	<input type="checkbox"/> sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè
6.4	<input type="checkbox"/> fino al ..... incluso

<b>7</b>	Istituzione competente per la malattia-maternità	
7.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....
7.2	Indirizzo (4): .....	
7.3	Timbro	
		7.4 Data .....
		7.5 Firma .....

**B. Notifica dell'iscrizione**

<b>8</b>	<input type="checkbox"/> (8)
8.1	I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non sono stati iscritti perché:
8.2	<input type="checkbox"/> non esiste alcun familiare avente diritto
8.3	<input type="checkbox"/> tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato
8.4	<input type="checkbox"/> il coniuge esercita un'attività professionale nel nostro paese ed ha i figli a suo carico
8.5	<input type="checkbox"/> non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto
8.6	<input type="checkbox"/> (9) .....

<b>9</b>	<input type="checkbox"/> (8) Familiari iscritti				
9.1	Sono stati iscritti i seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2				
9.2	Cognome	Nomi	Sesso		Data di nascita
			F	M	Numero di identificazione
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.9	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9.10	L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, dal .....				

<b>10</b>	Istituzione del luogo di residenza	
10.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....
10.2	Indirizzo (4): .....	
10.3	Timbro	
		10.4 Data .....
		10.5 Firma .....

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

#### ATTENZIONE

**Il presente modulo deve essere utilizzato solo per i familiari di lavoratori attivi. Per i familiari del pensionato deve essere utilizzato il formulario 121.**

#### Avvertenze per la persona assicurata

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari di beneficiare delle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia o maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato e a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza alle norme citate
- b) Le due copie del presente formulario - appena in vostro possesso - devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare immediatamente all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo ove risiedono e cioè:  
in **Italia**, all'unità sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;  
in **Croazia**, all'Ufficio regionale del luogo di residenza dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria.
- c) Il presente formulario è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.
- d) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono o il mutamento di attività, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari, ecc.

#### NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia.
- (2) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (3) Indicare. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- (6) Indicare un solo familiare.
- (7) Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.
- (8) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.
- (9) Altri motivi.



ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO  
NELL'ALTRO STATO

Convenzione: art. 13.1.a e 3; Accordo amministrativo: art. 8.1

“ Attenzione: il presente documento non dà alcun diritto se lo scopo del viaggio è quello di ricevere una cura  
medica all'estero”

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione	<input type="checkbox"/> Altro
1.1	Cognome (3bis) : .....		
1.2	Nomi: .....	Data di nascita: .....	
1.3	Indirizzo nel paese competente (2): .....		
1.4	Numero di identificazione (3): .....		

2	Familiari (4)			
2.1	Cognome (3 bis):	Nomi	Data di nascita	N. di identificazione (3)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	Indirizzo abituale (2) (5): .....			
	.....			

3 Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte

3.1 (6)  dal ..... al ..... incluso

4	Istituzione competente	
4.1	Denominazione: .....	Numero di codice (7): .....
4.2	Indirizzo (2): .....	
4.3	Timbro .....	
	4.4	Data .....
	4.5	Firma .....

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. L'istituzione competente compila il formulario e lo restituisce all'interessato, oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora, ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

**Avvertenze per l'assicurato e per i familiari**

- a) il presente documento consente:  
in caso di necessità immediata, al lavoratore (e ai familiari elencati al quadro 2) ed al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari (indicati al quadro 2) che si trovino in temporaneo soggiorno nell'altro Stato, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto Stato di dimora, le prestazioni in natura di malattia (comprese quelle riferite a malattie croniche o preesistenti) e di maternità. Nel solo caso dei lavoratori in temporaneo soggiorno per motivi di lavoro nell'altro Stato, il presente attestato consente di ottenere le prestazioni sanitarie, a titolo provvisorio, per infortunio sul lavoro o malattia professionale.  
Il presente documento non dà diritto a prestazioni in natura, qualora l'obiettivo del viaggio sia di ricovero prestazioni mediche all'estero.
- b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora e cioè:  
in **Italia**, per la totalità degli assistiti, all'unità sanitaria locale (ASL) competente per il territorio; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio;  
in **Croazia**, all'ufficio regionale dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria del luogo di soggiorno.
- c) Per ottenere le prestazioni in denaro la persona interessata entro 3 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, dovrà rivolgersi all'istituzione del luogo di temporaneo soggiorno ed esibire una notifica di cessazione del lavoro o, qualora la legislazione dell'istituzione competente o dell'istituzione del luogo di dimora lo prevedano, un certificato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico in cui si specifica il trattamento medico che la persona interessata dovrà seguire.

**NOTE**

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; HR = Croazia.  
(2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.  
(3) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale.  
(3 bis) Per le donne indicare il nome da nubile.  
(4) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.  
(5) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita.  
(6) Le due indicazioni sono in alternativa; compilare solo quella che interessa e riportare una X nel relativo quadratino. Per l'Italia la durata massima dell'attestato è di tre mesi ed è rinnovabile.  
(7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

**ATTESTATO RIGUARDANTE L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE SANITARIE NELL'ALTRO STATO**

Convenzione: art. 13.1.b e 3 e 22; Accordo amministrativo: art. 9 e 18

Le istituzioni competenti rilasceranno il presente formulario, alla persona assicurata o al pensionato o al loro familiare, solo dopo l'espletamento delle modalità previste dall'ordinamento del proprio Stato.

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione <input type="checkbox"/> Altro
1.1	Cognome: .....
1.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
1.3	Indirizzo nel paese competente (2): .....
1.4	Indirizzo nel paese ove l'interessato si trasferisce (2): .....
1.5	Numero di identificazione (3): .....

2	Familiare che si trasferisce
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese competente (2) (4): .....
2.4	Indirizzo nel paese in cui si trasferisce (2): .....
2.5	Numero di identificazione (3): .....

- 3 La persona indicata indicata  al quadro 1  al quadro 2  
è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità  
 dell'assicurazione malattia-maternità  dell'assicurazione infortuni  
in ..... (Stato), ove si reca
- 3.2  per ricevere cure presso ..... (5)  
.....  
o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche
- 3.3  per inviare campioni biologici da analizzare
- 4 In virtù del presente attestato le prestazioni possono essere concesse
- 4.1 dal ..... al ..... incluso

5	Il rapporto del nostro medico di controllo	
5.1	<input type="checkbox"/>	è allegato in busta chiusa
5.2	<input type="checkbox"/>	è stato inviato il ..... a (6) .....
5.3	<input type="checkbox"/>	può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	<input type="checkbox"/>	non è stato compilato

6	Istituzione competente	
6.1	Denominazione: .....	Numero di codice (7): .....
6.2	Indirizzo (2): .....	
6.3	Timbro	
		6.4 Data .....
		6.5 Firma .....

#### ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

#### Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito per cure, e cioè:  
 in **Italia**, all'unità sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;  
 in **Croazia**, all'Ufficio regionale del luogo di soggiorno dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria.  
 Una copia del formulario verrà presentata anche all'istituzione che fornisce la cura.

#### NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; HR = Croazia.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (4) Da compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello del lavoratore o del pensionato.
- (5) Da precisare se del caso.
- (6) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.
- (7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

**RICOVERO OSPEDALIERO - NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA**

Accordo amministrativo: art. 8.3

*Il presente formulario deve essere compilato dall'istituzione del luogo di dimora: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente.*

1	All'istituzione competente	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3) .....	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione <input type="checkbox"/> Altro		
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3): .....		
2.4	Numero di identificazione (4): .....		

3	Familiare ricoverato (5)		
3.1	Cognome: .....		
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3): .....		
3.4	Numero di identificazione (4): .....		

- 4 Riferimento:  
4.1  al vostro modulo ..... del ..... (6)  
4.2  al nostro modulo 107 del .....

**A. Notifica di entrata**

- 5 La persona indicata indicata  al quadro 2  al quadro 3  
5.1 è stata ricoverata il .....  
5.2 presso (7) .....  
5.3 a seguito di  malattia  maternità  infortunio sul lavoro  
 malattia professionale (8)  
Si presume che la degenza si protrarrà sino al .....  
 (9) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

**B. Notifica di uscita**

- 6 La degenza notificata  
 con modulo 113 del .....  
 nella parte A che precede  
e terminata il .....

①

7	Istituzione del luogo di residenza o di dimora	
7.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
7.2	Indirizzo (3): .....	
7.3	Timbro	
		7.4 Data .....
		7.5 Firma .....

#### ISTRUZIONI

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.**

#### NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; HR = Croazia
- (2) Da indicare, se possibile. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (5) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.
- (6) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (7) Denominazione dell'istituto di cura.
- (8) Da indicare.
- (9) Se del caso, riportare una X nel quadratino.

**CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.**

Convenzione: art. 16 e 23; Accordo amministrativo: art. 12 e 19

*Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura effettivamente sostenute. L'istituzione del luogo di residenza o di temporaneo soggiorno compila la parte A e trasmette una o due copie dello stampato a seconda che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 7.1 o il punto 7.2. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni, dovrà compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di temporaneo soggiorno.*

**A. Notifica**

<b>1</b>	All'istituzione competente
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3) .....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato privato	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione
	<input type="checkbox"/> Lavoratore pubblico	Altro
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	
	2.1	Cognome: .....
	2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese di residenza (3): .....	
2.4	Numero di identificazione (4): .....	

<b>3</b>	Familiare ricoverato
3.1	Cognome: .....
3.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel paese di residenza (3) (5): .....
3.4	Numero di identificazione (4): .....

**4 Riferimento:**

4.1  al vostro modulo ..... del ..... (6)

4.2  al nostro modulo 107 del .....

**5 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata**

al quadro 2  al quadro 3

5.1  la necessità  l'urgenza assoluta

5.2 delle seguenti prestazioni: .....

5.3 il cui costo  probabile  effettivo ai sensi della nostra legislazione è di .....

6  Si allega il rapporto del medico di controllo (8)

**7 Le prestazioni citate al punto 5.2**

7.1  Sono già state accordate d'urgenza in data .....

7.2  saranno accordate qualora, entro 60 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.

①

<b>8</b>	Istituzione del luogo di residenza o di dimora	
8.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
8.2	Indirizzo (3): .....	
.....		
8.3	Timbro	
	8.4	Data .....
	8.5	Firma .....
		.....

**B. Decisione dell'istituzione competente**

- 9 Le prestazioni indicate al punto 5.2  
sono accordate  
non sono accordate

In riferimento al punto 7.2 vi comuniciamo che le prestazioni indicate al punto 5.2 non possono essere erogate per i seguenti

Motivi:

.....  
.....

<b>10</b>	Istituzione competente	
10.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
10.2	Indirizzo (3): .....	
.....		
10.3	Timbro	
	10.4	Data .....
	10.5	Firma .....
		.....

**ISTRUZIONI**

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.**

**NOTE**

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; HR = Croazia.
- (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- (5) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.
- (6) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (7) Importo da indicare nella moneta del paese di temporaneo soggiorno o di residenza.
- (8) Nell'eventualità che venga allegato il rapporto di cui trattasi, riportare una X nel quadratino.

**ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA O DEI LORO FAMILIARI**

Convenzione: art. 14.2; Accordo amministrativo: art. 10

L'Istituzione competente per il rilascio dell'attestato compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita o al suo familiare, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 7. Deve essere rilasciato un attestato per il titolare e uno per ogni familiare a carico del pensionato.

**A. Notifica del diritto**

1	All'istituzione del luogo di residenza (2)
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
1.2	Indirizzo (4): .....
1.3	Riferimento: vostro modulo 107 del .....

2	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....
2.4	Data dell'eventuale trasferimento: .....
2.5	Numero di identificazione (5): .....

3	Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita
3.1	La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita <input type="checkbox"/> di vecchiaia <input type="checkbox"/> d'invalidità <input type="checkbox"/> ai superstiti <input type="checkbox"/> d'infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> di malattia professionale
3.2	a decorrere dal .....
3.3	Numero della pensione o della rendita: .....

4	Istituzione che compila il quadro
4.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
4.2	Indirizzo (4): .....
4.3	Timbro
	4.4 Data
	4.5 Firma

<b>5</b>	<b>Familiare del titolare di pensione o rendita (6) (7)</b>		
5.1	Cognome:	.....	
5.2	Nomi:	Cognomi precedenti:	Data di nascita:
	.....		
5.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4):	.....	
	.....		
5.4	Data dell'eventuale trasferimento:	.....	
5.5	Numero di identificazione (5):	.....	

<b>6</b>	<b>Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del Paese debitore della pensione o rendita (7)</b>		
6.1	Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria (3):	.....	
6.2	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2		
	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5		
	ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....		
6.3	L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato di residenza, diverso da quello competente, è a carico della sottoscritta istituzione:		
6.4	<input type="checkbox"/> a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato.		
6.5	<input type="checkbox"/> per la durata di un anno a decorrere dal ..... (8)		
6.5	<input type="checkbox"/> a seguito del rilascio del presente attestato, cessa la validità del modulo ..... emesso il .....		

<b>7</b>	<b>Istituzione che compila il quadro 6 (7)</b>		
7.1	Denominazione:	.....	Numero di codice:
7.2	Indirizzo (4):	.....	
7.3	Timbro	.....	
		7.4	Data
		7.5	Firma

**B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione all'Istituzione indicata al quadro n. 7**

<b>8</b>	<input type="checkbox"/> (9)
8.1	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2
	<input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5
	Non è stata iscritta
8.2	<input type="checkbox"/> in quanto la persona interessata ha già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato
8.3	<input type="checkbox"/> altri motivi: .....
	.....

9	<input type="checkbox"/>	(9)	
9.1 <input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 2 <input type="checkbox"/> La persona indicata al quadro 5 è stata iscritta			
9.2 L'onere delle prestazioni è a carico dell'istituzione indicata al quadro n. 7 a decorrere dal .....			
10	Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o di rendita o del familiare		
10.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....	
10.2	Indirizzo (4): .....		
10.3	Timbro		
		10.4	Data .....
		10.5	Firma .....

### ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Per ogni familiare va compilato un formulario a parte.

#### Avvertenze

per il titolare di pensione o rendita o per il suo familiare

- a) Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile all'istituzione di assicurazione:  
 in **Italia**, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;  
 in **Croazia**, all'Ufficio regionale competente dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria.
- b) Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione malattia che vi ha rilasciato il modulo e quella a cui avrete presentato il modulo, di qualsiasi variazione verificatasi nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni cambiamento del luogo di residenza ecc.)

#### NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; HR = Croazia.  
 (2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.  
 (3) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio  
 (4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio  
 (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.  
 (6) Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia quando riguarda un familiare  
 (7) In Italia, i quadri 5, 6 e 7 vanno compilati esclusivamente dalla USL - o dal Ministero della Salute.  
 (8) Quando è rilasciato dall'Italia è rinnovabile.  
 (9) Dei due quadri 8 e 9, compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.



**ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE DERIVANTI DA INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**

Convenzione: art. 22, 24 e 26; Accordo amministrativo: art. 18, 21 e 22

Il modulo – qualora sia stato richiesto, mediante un modulo 107, dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato – deve essere inviato all'istituzione stessa; negli altri casi, deve essere consegnato al lavoratore.

<b>1</b>	All'istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
1.2	Indirizzo (4): .....
1.3	Riferimento: vostro modulo 107 del .....
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel paese competente (4): .....
2.4	Indirizzo nel paese ove si reca l'interessato (4): .....
2.5	Numero di identificazione (5): .....
<b>3</b>	A seguito
3.1	<input type="checkbox"/> di quanto da voi notificato mediante i moduli 107 del .....
3.2	<input type="checkbox"/> dell'infortunio sul lavoro verificatosi il ..... con le seguenti conseguenze: .....
3.3	<input type="checkbox"/> della malattia professionale verificatasi il ..... con le seguenti conseguenze: .....
3.4	<input type="checkbox"/> dell'autorizzazione da noi accordata al lavoratore a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in ..... (paese), ove si reca <input type="checkbox"/> per distacco <input type="checkbox"/> per cure

<b>4</b>	Al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura <input type="checkbox"/> per infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattia professionale
4.1	<input type="checkbox"/> per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del paese di residenza
4.2	<input type="checkbox"/> sino al .....
4.3	<input type="checkbox"/> per un massimo di tre mesi
4.4	<input type="checkbox"/> senza limite di tempo
<b>5</b>	Il rapporto riservato del nostro medico di controllo
5.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa
5.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il ..... a (6) .....
5.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato
<b>6</b>	Istituzione competente
6.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
6.2	Indirizzo (4): .....
6.3	Timbro
	6.4 Data .....
	6.5 Firma .....

### ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

#### Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato, senza indugio, all'istituzione di assicurazione del paese nel quale vi siete recato, cioè:

#### in Italia

- a) all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, al Ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio;  
 b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);  
 in **Croazia**, all'Ufficio regionale competente dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria.

### NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia.  
 (2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato.  
 (3) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.  
 (4) Indirizzo del luogo di residenza o dimora del lavoratore. Per l'Italia è obbligatorio.  
 (5) Per i cittadini italiani, indicare, il numero di codice fiscale.  
 (6) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

**TARIFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA**

Accordo amministrativo: art. 8.4

L'Istituzione compila la parte A del formulario e ne invia due copie all'istituzione che avrebbe dovuto erogare le prestazioni all'interessato nel paese di dimora, direttamente o tramite l'organismo di collegamento. L'istituzione del luogo di dimora, redatta la parte B del formulario, restituisce una copia all'istituzione competente.

**A. Domanda**

<b>1</b>	All'istituzione destinataria (2)
1.1	Denominazione: .....
1.2	Indirizzo (3): .....
	.....
	.....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Titolare di pensione
2.1	Cognome : .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti (4): .....	Data di nascita: .....
2.3	Numero di identificazione (4): .....		

<b>3</b>	Familiare (o familiari) a cui sono state prestate le cure			
3.1	Cognome	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

- 4 La persona sopraccitata
- 4.1 durante un sua temporanea dimora in: ..... (paese)
- 4.2 a: ..... (località)
- 4.3 ha sostenuto in proprio le spese per le cure, di cui ha avuto bisogno

5 L'istituzione in indirizzo è pregata di indicare sulle ricevute allegate – per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime – gli importi che potrebbero essere rimborsati all'interessato, secondo le tariffe previste dalla legislazione sociale dell'istituzione del luogo di dimora.

6 Allegati n. .... ricevute.

<b>7</b>	<b>Istituzione competente</b>	
7.1 Denominazione:	.....	Numero di codice (5): .....
7.2 Indirizzo (3):	.....	
7.3 Timbro	.....	
	7.4 Data	.....
	7.5 Firma	.....

**B. Comunicazione**

8 Sono allegate n. .... ricevute tariffarie come da quanto richiesto

9  Importo da rimborsare (6) .....  Nessun rimborso

<b>10</b>	<b>Osservazioni:</b> .....
	.....
	.....
	.....

<b>11</b>	<b>Istituzione del luogo di residenza</b>	
11.1 Denominazione:	.....	Numero di codice (5): .....
11.2 Indirizzo (3):	.....	
11.3 Timbro	.....	
	11.4 Data	.....
	11.5 Firma	.....

**ISTRUZIONI**

**Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.**

**NOTE**

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia.
- (2) Ove l'istituzione che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il formulario all'organismo di collegamento del paese di dimora, e segnatamente:  
in **Italia** al Ministero della Salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione – Direzione generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali - Piazzale dell'Industria, 20 – 00144 Roma.  
in **Croazia**, alla Direzione dell'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria, (indirizzo: Margaretska 3, 10000 Zagreb, Croazia.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- (5) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
- (6) Indicare l'importo totale.

## 7.5. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la ex Repubblica Federale di Jugoslavia in materia di assicurazioni sociali

Mod.5 /Obr.5

### CONVENZIONE ITALO - JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI

(Artt.10 e 11 prg. 2 della Convenzione - Art.5 dell'Accordo Amm.vo)

#### INIZIO DEL RAPPORTO ASSICURATIVO

##### PARTE A

All'Istituzione

.....  
.....  
.....

IL LAVORATORE .....  
Cognome Nome Data nascita

INDIRIZZO IN ITALIA .....  
Comune Via n° Provincia

INDIRIZZO IN JUGOSLAVIA .....  
Comune Via n° Distretto

INDIRIZZO DEI FAMILIARI BENEFICIARI DELL' ASSISTENZA

.....  
Comune Via n° Provincia o Distretto

COGNOME E NOME DEI FAMILIARI E RAPPORTO DI PARENTELA con l'assicurato

.....  
.....  
.....

IL SUDETTO LAVORATORE E' ASSICURATO PRESSO QUESTO ISTITUTO A FAR DATA DAL .....  
ED HA DICHIARATO DI AVERE A PROPRIO CARICO I FAMILIARI SOPRAINDICATI.

Si prega di accertare quali sono i familiari che hanno diritto secondo la Vs. Legislazione, in modo da concedere agli stessi le prestazioni dall'inizio dell'assicurazione come se il lavoratore fosse assicurato presso di Voi, restituendo copia del presente formulario.

Data .....

.....  
(Timbro leggibile e firma Istituzione)

1

**PARTE B**

DA COMPILARE A CURA DELL'ISTITUTO CHE EROGA LE PRESTAZIONI

All'Istituzione

.....  
.....  
.....

Dai nostri accertamenti abbiamo rilevato che:

- non vi sono familiari aventi diritto;
- i seguenti familiari dell'assicurato hanno diritto alle prestazioni sanitarie secondo la nostra legislazione:

.....  
.....  
.....  
.....

Cognome	Nome	Data nascita	Relazione parentela
---------	------	--------------	---------------------

Data .....

.....  
(Timbro e firma dell'Istituto Ass.)

- 
- Questo modulo va inviato in duplice copia alla Istituzione competente, la quale ne restituisce una copia con l'indicazione dei familiari.

**CONVENZIONE ITALO – JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI**

(Artt.10 e 11 prg. 2 della Convenzione – Artt.5 e 6 dell'Accordo Amm.vo)

**CESSAZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO**

All'Istituzione (1)

.....  
 .....  
 .....

IL LAVORATORE , IL TITOLARE DI PENSIONE/RENDITA (2)

.....  
 Cognome Nome Data nascita

INDIRIZZO IN JUGOSLAVIA

.....  
 Comune Via n° Provincia

INDIRIZZO IN ITALIA

.....  
 Comune Via n° Provincia

INDIRIZZO DEI FAMILIARI

.....

A seguito della comunicazione con il Mod.5 o 12 del (2) .....

Si rende noto che l'assicurazione è cessata in data .....

Ai beneficiari da Voi elencati nel formulario anzidetto non competono più prestazioni a decorrere dal.....

Data .....

L'Istituto Assicuratore

.....  
 (Timbro e firma)

- (1) La presente comunicazione deve essere redatta in due copie di cui una inviata all'Istituzione competente e l'altra trattenuta agli atti.  
 (2) Cancellare la dizione inutile.



**CONVENZIONE ITALO - JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI**

(Artt. 12 prgg. 2-3 della Convenzione - Art. 7 prgg. 2-3-4 dell'Accordo Amm.vo)

**ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER  
GLI ASSICURATI IN UN PAESE CHE SOGGIORNANO TEMPORANEAMENTE  
NELL'ALTRO PAESE(1)**

All'Istituzione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assicurato:.....  
(Cognome e Nome) (Data nascita)

Familiare:.....  
(Cognome, nome e grado di parentela) (Data nascita)

Indirizzo:.....

- nel Paese di residenza:.....

- nel Paese di soggiorno temporaneo: .....

Istituzione presso la quale è assicurato: .....

Professione:..... N. di matricola.....

**INDICAZIONI RIGUARDANTI IL FAMILIARE**

.....  
(Cognome, nome, data di nascita, grado di parentela)

Si certifica che il lavoratore, il titolare di pensione/rendita, i familiari suindicati adempiono alle condizioni per beneficiare delle prestazioni sanitarie conformemente alle disposizioni dell'articolo 12 prgg. 2-3 della Convenzione e dell'art. 7 dell'Accordo Amministrativo.

Prestazioni sanitarie possono essere accordate fino al.....

Tenendo presente quanto segue: .....

Data .....

Istituto Assicuratore

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)

(1) Questo certificato va consegnato, a richiesta, all'assicurato che si trasferisce dal Paese dove è iscritto nell'altro Paese per un periodo determinato.



**CONVENZIONE ITALO - JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI**

(Art.12 prg. 1-3 della Convenzione - Art 7 prgg. 1-3-4 dell'Accordo Amm.vo)

**AUTORIZZAZIONE A TRASFERIRSI NELL'ALTRO PAESE PER CURE**

All'Istituzione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'assicurato, il titolare di pensione/rendita, il familiare:

.....	.....	.....	.....
Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela

È stato autorizzato a trasferirsi in

.....	.....	.....	.....	.....
Stato	Comune	Via	n°	Provincia o Distretto

**per cure.**

Indirizzo in Italia o Jugoslavia (1):

.....	.....	.....	.....
Comune	Via	n°	Provincia o Distretto

All'interessato spettano le prestazioni sanitarie fino al .....

Egli ha diritto a beneficiare di indennità giornaliera pari a (Euro o Din.) .....

In caso di ricovero in ospedale (Euro o Din.) .....

Si precisa inoltre quanto segue circa le prestazioni che possono essere corrisposte in tale periodo (2)

.....

.....

Si allega (3): .....

.....

.....

Data .....

L'Istituto di Assicurazione

\_\_\_\_\_

(Timbro e firma)

- 
- (1) Indicare dove l'assicurato risiedeva prima del trasferimento, in Italia o in Jugoslavia.
- (2) Nelle righe in bianco indicare eventuali limitazioni delle prestazioni in base alla legislazione applicabile e se le indennità di malattia saranno corrisposte direttamente dall'Istituto obbligato.
- (3) Allegare, eventualmente in plico sigillato, il certificato del medico curante con indicazione delle diagnosi e delle cure già praticate.

Allegato n.1







**CONVENZIONE ITALO – JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI**

(Art.12 della Convenzione – Art 7 prg. 4 dell' Accordo Amministrativo)

**NOTIFICA DI USCITA DALL'OSPEDALE O DI PROROGA DEL RICOVERO (1)**

All'Istituzione

.....  
.....  
.....

L'Assicurato:.....  
Cognome e Nome data di nascita nazionalità

Il familiare:.....  
Cognome e nome Via n° Provincia o Distretto

iscritto presso:.....  
(denominazione dell'Istituto Assicuratore)

ricoverato il ..... come dal Mod.9 del .....

- è stato dimesso (2) dall'ospedale il ..... e può riprendere il lavoro il .....

- non potrà essere dimesso (2) alla fine del periodo indicato nella precedente comunicazione prevedendosi un ulteriore periodo di degenza della presumibile durata di giorni .....

Data .....

L'Istituto di Assicurazione

.....  
(Timbro e firma)

(1) Questo certificato deve essere compilato in due copie, di cui una deve essere trasmessa all'Istituzione competente, in caso di uscita dall'ospedale e in caso di proroga della degenza, dopo che siano trascorsi 15 giorni dalla data del ricovero.  
(2) Da compilare secondo il caso.



**CONVENZIONE ITALO – JUGOSLAVA IN MATERIA DI ASSICURAZIONI SOCIALI**

(Art.11, punto 2 della Convenzione – Art 6 dell’Accordo Amministrativo)

**ATTESTAZIONE RELATIVA AL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA (1)  
(Titolari di pensione o rendita)**

**PARTE A (da compilare dall’Istituto debitore della pensione o rendita)**

Si dichiara che il (la) nominato (a)

Cognome	Nome	Cognome da nubile	Luogo e data di nascita
.....	.....	.....	.....
Titolo della pensione o rendita e numero:.....			
Indirizzo in territorio del Paese debitore della pensione:.....			
Nuovo indirizzo:.....			
Data di trasferimento della residenza: .....			

---

È titolare di: .....(2)

a decorrere dal: .....(3)

Questa pensione è interamente a nostro carico (4).

È a nostro carico (4) per ..... di assicurazione.

È a carico (4) di ..... per .....di assicurazione.

Data .....

L’Istituto di Assicurazione

-----  
(Timbro e firma)

**PARTE B (da compilare sia dall'Istituto debitore della pensione o rendita sia dall'Istituto competente per l'assicurazione malattia dei titolari delle pensioni o delle rendite del Paese debitore della pensione o della rendita).**

Il (la) suddetto (a) ..... N. libretto d'iscrizione.....

ha diritto – non ha diritto (4) per se stesso (a) ed i membri della sua famiglia residenti con lui (lei)

alle prestazioni in natura dell'assicurazione di malattia a decorrere dal.....

**Le prestazioni in natura sono a carico dell'Istituzione di seguito indicata in applicazione dell'articolo 11 prg. 2 della Convenzione.**

---

(Indicazione dell'Istituzione)

Indirizzo dell'Istituzione

.....

Data .....

-----  
(Timbro e firma)

**PARTE C (da compilare dall'Istituzione competente per l'assicurazione malattia dei titolari di pensioni o rendite nel Paese della nuova residenza).**

Il (la) pensionato (a) sopra indicato (a) ha – non ha (4) diritto alle prestazioni in natura da parte del Paese di nuova residenza.

I seguenti familiari hanno - non hanno (4) diritto alle prestazioni in natura da parte del Paese di residenza:

.....  
.....  
.....

L'onere delle prestazioni in natura erogate dall'Istituto del luogo di nuova residenza sono a carico di .....

Indirizzo dell'Istituto

.....

Data .....

-----  
(Timbro e firma)

(1) Da compilare dall'Istituto debitore della pensione o rendita in tre copie indirizzate:

- una al titolare della pensione o rendita in vista della sua iscrizione presso l'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza;
- le altre due direttamente all'Istituto di assicurazione contro le malattie di cui sopra o, se del caso, tramite gli organismi designati dalle Autorità competenti del Paese dell'Istituto debitore o del Paese di residenza.

Nel caso in cui i quadri A e B siano compilati dall'Istituto debitore della pensione o rendita, questo invia gli esemplari all'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza e al titolare. Nel caso invece che non compili il quadro B invia gli esemplari di cui sopra all'Istituto di assicurazione contro le malattie del Paese dove si trova l'Istituto debitore della pensione o rendita.

L'Istituto in questione, dopo aver compilato il quadro B, trasmette gli esemplari all'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo della nuova residenza e al titolare. L'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza o l'Organismo designato dalla Autorità competente del Paese, compila la parte C ed invia un esemplare all'Organismo determinato dalla Autorità competente del Paese in cui si trova l'Istituto debitore della pensione o rendita. L'Istituto del luogo di nuova residenza comunica all'interessato il risultato della sua richiesta.

- (2) Natura della pensione (vecchiaia, invalidità, morte prematura, infortunio sul lavoro, malattia professionale, ecc.).
- (3) Data di decorrenza della pensione (cioè data di inizio del periodo per il quale sono corrisposti gli arretrati).
- (4) Cancellare l'indicazione che non occorra.



## 7.6. Formulari - Convenzione generale di sicurezza sociale tra la Repubblica Italiana ed il Principato di Monaco

### CONVENZIONE ITALO-MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE

DEL 12 FEBBRAIO 1982

I/MC 4

MC/I 4

#### ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA

*Convenzione: art. 14 par. 2  
Accordo amministrativo: art. 15*

L'Istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita o al suo familiare, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 7.

L'attestato non può essere rilasciato al titolare di una pensione acquisita a titolo di un attività libero-professionale.

#### A. Notifica del diritto

1	All'istituzione del luogo di residenza (1)
1.1	Denominazione: .....
1.2	Indirizzo (2): .....
1.3	Riferimento alla vostra richiesta del .....

2	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati) <input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)
2.1	Cognome    Nome    Cognome da nubile    Data di nascita
	.....
2.2	Nazionalità .....
2.3	Indirizzo .....
	.....
2.3	Numero di iscrizione .....

3	Familiari
3.1	Cognome    Nome    Cognome da nubile    Data di nascita    Parentela
3.2	.....
3.3	.....

4 Da compilarsi da parte dell'Istituzione debitrice della pensione o rendita

- 4.1 La persona nominata al quadro 2 è titolare di pensione o rendita
- di vecchiaia                       d'invalidità                       ai superstiti
- d'infortunio sul lavoro                       di malattia professionale
- 4.2 a decorrere dal .....
- 4.3 Numero della pensione o della rendita: .....

5 Istituzione che ha compilato il quadro 4

- 5.1 Denominazione .....
- 5.2 Indirizzo .....
- 5.3 Timbro
- 5.4 Data .....
- 5.5 Firma .....

6 Da compilarsi da parte dell'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del Paese debitore della pensione o rendita

- 6.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal ..... e fino alla revoca della presente attestazione.
- 6.2 L'onere di dette prestazioni è a carico della sottoscritta Istituzione.

7 Istituzione che compila il quadro 6 (7)

- 7.1 Denominazione: ..... Numero di codice: .....
- 7.2 Indirizzo (3): .....
- 7.3 Timbro
- 7.4 Data .....
- 7.5 Firma .....

**B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione**

I/MC 4

MC/I 4

8 (3)  Iscrizione

8.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, è stata iscritta con il seguente numero: .....

8.2 L'onere delle prestazioni sanitarie in natura è a carico dell'Istituzione indicata al quadro 7. La decorrenza per il conteggio dei rimborsi forfetari è

il ..... (4)

9 (3)  Non iscrizione

9.1  La persona indicata al quadro 3  I familiari indicati ai punti .....

Non sono stati iscritti

9.2  in quanto hanno già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Paese;

9.3  Altri motivi .....

10 Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

Indirizzo (2) .....

10.2 Timbro

10.3 Data .....

10.4 Firma

### AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

#### Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

- a) Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile alla seguente Istituzione:
- in ITALIA, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;
  - nel PRINCIPATO DI MONACO a C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco
- b) Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione al quale avrete presentato il modulo di qualsiasi variazione verificatasi nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni trasferimento vostro o di un componente la vostra famiglia.

### NOTE

- (1) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (3) Dei due quadri 8 e 9, compilare quello che interessa e riportare una x nel relativo quadratino.
- (4) Indicare il primo giorno del mese da cui decorre l'effettiva iscrizione all'Istituto di assicurazione del paese di residenza.

**CONVENZIONE ITALO – MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE  
DEL 12 FEBBRAIO 1982**

**ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI  
SUBORDINATI O AUTONOMI E ASSIMILATI**

Convenzione: Art. 10.2  
Accordo amministrativo: Art. 11.7

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie al lavoratore o le trasmette all'Istituzione del luogo di residenza se questa ha richiesto il formulario. Ricevuti i due esemplari l'Istituzione del luogo di residenza compila la parte B del formulario e restituisce un esemplare all'Istituzione competente.

**PARTE A: Notifica del diritto**

**1. All'Istituzione del luogo di residenza (1)**

- 1.1. Denominazione .....
- 1.2. Indirizzo (2) .....
- 1.3. Riscontro alla Vostra richiesta del .....

**2. Lavoratore subordinato  Lavoratore autonomo**

- 2.1. Cognome                      Nome                      Cognome da nubile                      Data di nascita .....
- 2.2. Nazionalità .....
- 2.3. Indirizzo (2) .....
- 2.4. Numero di iscrizione .....

**3. Familiari**

- |      | Cognome             | Nome  | Cognome da nubile | Data di nascita | Parentela |
|------|---------------------|-------|-------------------|-----------------|-----------|
| 3.1. | .....               | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.2. | .....               | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.3. | .....               | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.4. | .....               | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.5. | .....               | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.6. | Indirizzo (2) ..... |       |                   |                 |           |

**4. Diritto alle prestazioni**

- 4.1. I familiari sopra indicati hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità, salvo che non abbiano già diritto a queste prestazioni nel paese di residenza.
- 4.2. Il diritto decorre dal ..... e resta aperto fino a notifica di annullamento del presente attestato.

**5. Istituzione competente**

- 5.1. Denominazione .....
- 5.2. Indirizzo (2) .....
- 5.3. Timbro
- 5.4. Data .....
- 5.5. Firma .....

**PARTE B Notifica dell'iscrizione**

**6. Iscrizione e data di decorrenza per il calcolo dei forfait**

- 6.1. I familiari indicati al quadro 3 ai punti: ..... sono stati iscritti come aventi diritto alle prestazioni in natura.
- 6.2. Le spese per le prestazioni sono a Vostro carico; la data di decorrenza per il calcolo dei forfait è la seguente (3): .....
- 6.3. I familiari indicati ai punti: ..... non sono stati iscritti per il seguente motivo: .....

**7. Istituzione del luogo di residenza**

- 7.1. Denominazione .....
- 7.2. Indirizzo (2) .....
- 7.3. Timbro
- 7.4. Data .....
- 7.5. Firma .....

**AVVERTENZA**

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di tre pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

## INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

- a) Il presente attestato apre il diritto alle prestazioni in natura per l'assicurazione malattia e maternità ai membri della Sua famiglia nello Stato dove risiedono e secondo la legislazione di quello Stato, salvo che beneficino già di tale diritto.
- b) Non appena ricevuti i due esemplari di questo documento Ella li deve trasmettere alla Sua famiglia al fine che siano presentati immediatamente all'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo di residenza, ovverosia:
  - in Italia: all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio;
  - nel Principato di Monaco: alla C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco.
- c) L'attestato è valido a decorrere dalla data indicata al punto 4.2. del formulario.
- d) Lei stesso ed i suoi familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione concernente la vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni, in particolare la cessazione, il cambiamento o la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza sua o dei suoi familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, ecc.).

## NOTE

- (1) Da compilare solo qualora il formulario sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza.
- (2) Via, numero civico, codice postale, città, paese.
- (3) Riportare il primo giorno del mese indicato al punto 4.2.



**CONVENZIONE ITALO – MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE  
DEL 12 FEBBRAIO 1982**

**ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA  
DEI LAVORATORI TEMPORANEI (LAVORATORI FRONTALIERI)**

Convenzione: Art. 10  
Accordo amministrativo: Art. 11

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie al lavoratore o le trasmette all'Istituzione del luogo di residenza se questa ha richiesto il formulario. Ricevuti i due esemplari dall'assicurato o dalla Istituzione competente, l'Istituzione del luogo di residenza compila la parte B del formulario e restituisce un esemplare all'Istituzione competente.

**PARTE A: Notifica del diritto**

**1. All'Istituzione del luogo di residenza (1)**

- 1.1. Denominazione .....
- 1.2. Indirizzo (2).....
- 1.3. Riscontro alla Vostra richiesta del .....

**2. Lavoratore temporaneo subordinato       Lavoratore temporaneo autonomo**

- 2.1. Cognome                      Nome                      Cognome da nubile                      Data di nascita  
.....
- 2.2. Nazionalità .....
- 2.3. Indirizzo nel paese di residenza (2): .....
- .....

**3. Familiari**

- |      | Cognome   | Nome  | Cognome da nubile | Data di nascita | Parentela |
|------|---|-------|-------------------|-----------------|-----------|
| 3.1. | .....   | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.2. | .....   | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.3. | .....   | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.4. | .....   | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.5. | .....   | ..... | .....             | .....           | .....     |
| 3.6. | Indirizzo nel paese di residenza (2) (3): ..... |       |                   |                 |           |
|      | .....   |       |                   |                 |           |
|      | .....   |       |                   |                 |           |

**4. Diritto alle prestazioni**

- 4.1. Le persone sopra indicate hanno diritto alle prestazioni sanitarie in natura a far data dal giorno ..... e fino a notifica di cessazione del diritto.

**5. Istituzione competente**

5.1. Denominazione .....

5.2. Indirizzo (2) .....

.....

5.3. Timbro

5.4. Data .....

5.5. Firma .....

**PARTE B: Notifica dell'iscrizione**

**6. Iscrizione**

6.1. Le persone sopra indicate sono state iscritte all'Istituzione del luogo di residenza a far data dal .....

6.1.1. I familiari indicati ai punti: ..... non sono stati iscritti per il seguente motivo: .....

.....

.....

.....

.....

**7. Istituzione del luogo di residenza**

7.1. Denominazione .....

7.2. Indirizzo (2) .....

7.3. Timbro

7.4. Data .....

7.5. Firma .....

**AVVERTENZA**

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di tre pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

## INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

- a) Il presente formulario dà diritto a Lei ed ai membri della Sua famiglia alle prestazioni sanitarie in natura.
- b) Lei è tenuto a consegnare i due esemplari di questo formulario, immediatamente, all'Istituzione di assicurazione del luogo di residenza.
- c) Le Istituzioni di assicurazione sono:
- in Italia: Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio;
  - nel Principato di Monaco: C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco
- c) Lei ed i suoi familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione concernente la vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni, in particolare la cessazione, il cambiamento o la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza sua o dei suoi familiari.

## NOTE

- (1) Da compilare solo qualora il formulario sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza.
- (2) Via, numero civico, codice postale, città, paese.
- (3) Completare solo quando l'indirizzo della famiglia è diverso da quello del lavoratore.

