

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

Convenzione: art. 8.1 terzo comma 2; 9.2.; Accordo amministrativo: art. 9 1 e 2

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 o rendita	
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, e cioè:
in Italia, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;
in Capoverde, ai Servizi Sanitari.

NOTE

- (1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (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 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 (7)
- 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

8	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:

.....

.....

10	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

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 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):

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

5	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):

6 Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione o rendita (7)

6.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria (3):

6.2 La persona indicata al quadro 2
 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 a decorrere dal e fino alla notifica di annullamento del presente attestato.

6.5 per la durata di un anno a decorrere dal (8)

6.5 a seguito del rilascio del presente attestato, cessa la validità del modulo emesso il

7 Istituzione che compila il quadro 6 (7)

7.1 Denominazione: Numero di codice (3):

7.2 Indirizzo (4):

7.3 Timbro 7.4 Data

7.4 Firma

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

8 (9)

8.1 La persona indicata al quadro 2
 La persona indicata al quadro 5
 Non è stata iscritta

8.2 in quanto la persona interessata ha già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato

8.3 altri motivi:

9 (9)

9.1 La persona indicata al quadro 2
 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 (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 **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.

4	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
5	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
6	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 per la Repubblica di Croazia

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 |
| concernente | <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

1	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: Numero di codice (2)
1.2	Indirizzo (3):
.....	
2	Notizie concernenti l'interessato (4)
2.1	Cognome(5):
2.2	Cognome di nascita (5):
2.3	Nomi (6):
2.4	Cognomi precedenti (7):
2.5	Sesso (8):
3	Nazionalità (9)
4	Nascita
4.1	Data (10):
4.2	Località (11):
4.3	Provincia:
4.4	Paese (12):
5	Numero di matricola
5.1	Presso l'istituzione mittente (13):
5.2	Presso l'istituzione destinataria (13):
6	Indirizzo (3)
.....	
7	Pratica
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															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8.1</td> <td>Cognome⁽⁵⁾:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8.2</td> <td>Nomi Cognomi di nascita ⁽⁵⁾:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8.3</td> <td>Luogo di nascita ⁽¹²⁾ Data di nascita ⁽¹²⁾:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8.4</td> <td>Sesso Cittadinanza ⁽⁹⁾:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8.5</td> <td>Indirizzo ⁽¹¹⁾:</td> </tr> </table>		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⁾ :					
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	<input type="checkbox"/> Richiesta <input type="checkbox"/> Sollecito della richiesta del Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">9.1</td> <td><input type="checkbox"/> dei formulari:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">9.2</td> <td><input type="checkbox"/> dei documenti:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">9.3</td> <td><input type="checkbox"/> delle seguenti informazioni:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">9.4</td> <td>Motivo della richiesta:</td> </tr> </table>	9.1	<input type="checkbox"/> dei formulari:	9.2	<input type="checkbox"/> dei documenti:	9.3	<input type="checkbox"/> delle seguenti informazioni:	9.4	Motivo della richiesta:							
9.1	<input type="checkbox"/> dei formulari:															
9.2	<input type="checkbox"/> dei documenti:															
9.3	<input type="checkbox"/> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">12.1</td> <td>Denominazione:</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Numero di codice ⁽²⁾:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">12.2</td> <td>Indirizzo ⁽³⁾:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">12.3</td> <td>Timbro</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">12.4 Data</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">12.5 Firma</td> </tr> </table>	12.1	Denominazione:	Numero di codice ⁽²⁾ :	12.2	Indirizzo ⁽³⁾ :		12.3	Timbro				12.4 Data			12.5 Firma
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	<input type="checkbox"/> i seguenti formulari:
13.2	<input type="checkbox"/> i seguenti documenti:

13.3	<input type="checkbox"/> le seguenti informazioni:

14	A seguito della richiesta del si comunica che non è possibile trasmettere
14.1	<input type="checkbox"/> i seguenti formulari:
14.2	<input type="checkbox"/> i seguenti documenti:
14.3	<input type="checkbox"/> le informazioni richieste
14.4	<input type="checkbox"/> Motivo:

15	Varie
.....	
.....	
.....	
.....	

16	<input type="checkbox"/> 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			
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		
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:	

10 Familiari iscritti						
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"/>

11 Istituzione del luogo di residenza	
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

- Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità.
- 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.
- 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.
- Agli effetti dei 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.
- 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

- Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; HR = Croazia.
- Da compilare solo qualora si ha conoscenza dell'istituzione del paese di residenza dove l'attestato sarà presentato.
- Per l'Italia è obbligatorio.
- Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
- I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- 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. 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 compilare nei casi in cui lo stampato notifici 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

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

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore
2.1	Cognome:
2.2	Nomi: Cognomi precedenti: Data di nascita:
2.3	Indirizzo (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):

- 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

6	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

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

8	<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)

9	<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	Numero di identificazione
			F M		
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				

10	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

②

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 I21.

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 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”

Da utilizzare solo per ossigenoterapia o emodialisi

Il presente attestato permette al titolare, già in cura in Italia, di usufruire delle prestazioni di:

- ossigenoterapia**
 emodialisi

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione	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 presentato 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

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

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

2	<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):	

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

..... (7)

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

8	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 comunichiamo che le prestazioni indicate al punto 5.2 non possono essere erogate per i seguenti

Motivi:

.....

10	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

5	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):	.....

6	Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del Paese debitore della pensione o rendita (7)		
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		

7	Istituzione che compila il quadro 6 (7)		
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

8	<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.

1	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
2	<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):
3	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

4	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	
5	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	
6	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.

TARIFFE 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

1	All'istituzione destinataria (2)
1.1	Denominazione:
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 (4):
		Data di nascita:
2.3	Numero di identificazione (4):	

3	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.

7	Istituzione competente	
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

10	Osservazioni:

11	Istituzione del luogo di residenza	
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 per la ex Repubblica Federale di Jugoslavia

Mod. 5
Obr. 5

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Artt. 10 e 11 prg. 2 della Convenzione - Art. 5 dell'Accordo Amministrativo)
JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA O SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(10. in 11. člen Konvencije - 5. člen administrativnega sporazuma)

INIZIO DEL RAPPORTO ASSICURATIVO
ZACETEK ZAVAROVALNEGA RAZMERJA

(1) All'Istituto
Zavodu
.....
.....

Il lavoratore
Delavec

(Cognome) nome data di nascita)
(Priimek- Ime datum rdjstva)

Indirizzo in Italia
Naslov v Italiji

(Comune) Via N. Provincia)
(Občina Ulica Št. Pokrajina)

Indirizzo in Jugoslavia
Naslov v Jugoslaviji

(Comune) Via N. Distretto)
(Občina Ulica Št. Okraj)

Indirizzo dei familiari beneficiari dell'assistenza
Naslov družinskih članov, ki so upravičeni do varstva

(Comune) Via N. Provincia o Distretto)
(Občina Ulica Št. Pokrajina ali Okraj)

Cognome e nome dei familiari e rapporto di parentela con l'assicurato:
Priimek in ime družinskih članov in sorodstveno razmerje z zavarovancem:

.....
.....

Il suddetto lavoratore è assicurato presso il sottoscritto Istituto dal
Navedeni je zavarovan pri podpisnem zavodu od
ed ha dichiarato di avere a proprio carico i familiari sopraindicati.
in je izjavil, da vzdržuje imenovane družinske člano.

Si prega di accertare quali sono i familiari che hanno diritto secondo le Vostre norme, in modo da concedere agli stessi le prestazioni dall'inizio dell'assicurazione come se il capo-famiglia fosse assicurato presso di Voi, restituendo copia del presente formulario.
Prosimo Vas, da ugotovite kateri družinske člani imajo pravico, po Vaših predpisih, da bi jim zagotovili dajatve od začetka zavarovanja, kot da bi bil družinske poglavar zavarovan pri Vas. Obenem nam vrnite en primerek obrazca.

Data,
Datum

.....
(Timbro leggibile e firma dell'Istituto Assicurat.)
(Citljiv pečat in podpis Zavoda za zavarovanje)

Parte da compilare a cura dell'istituto che eroga le prestazioni
Del, ki ga izpolni zavod, ki nudi dajatve

All'istituto
Zavodu
.....

Dai nostri accertamenti abbiamo rilevato che (2):
Ugotovili smo:

- non vi sono familiari aventi diritto;
- da ni upravičenih družinskih članov;
- i seguenti familiari dell'assicurato hanno diritto alle prestazioni sanitarie secondo la nostra legislazione:
- da naslednji družinski člani zavarovanca imajo pravico do zdravstvenih dajatev po naši zakonodaji:

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

<i>(Cognome (Priimek)</i>	<i>nome ime</i>	<i>data di nascita datum rojstva</i>	<i>Relazione di parentela Sorodstveno razmerje)</i>
-------------------------------	---------------------	--	---

Data,
Datum,

.....
(Timbro leggibile e firma dell'Istituto Assicuratore)
(Citljiv pečat in podpis zavarovalnega zavoda)

NOTE

- (1) Questo modulo va inviato in duplice copia all'Istituto Comunale o alla Sede Provinciale dell'INAM competente, la quale ne restituisce una copia con l'indicazione dei familiari.
Ta obrazec se pošlje v dveh primerkih Komunalnemu zavodu oziroma pristojnemu sedezu INAM-a, od katerih le ta vrno en primerik z navedbo družinskih članov.
- (2) Cancellare la menzione inutile.
Prečrtati neustrezna besedilo.

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Artt. 10 e 11 prg. 2 della Convenzione - Artt. 5 e 6 dell'Accordo Amministrativo)
JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA O SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(2. odstavek, 10. in 11. člen Konvencije - 5, in 6. člen Administrativnega sporazuma)

CESSAZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO
PRENEHANJE ZAVAROVALNEGA RAZMERJA

All'Istituto (1)
Zavodu

Il lavoratore, il titolare di pensione/rendita (2)
Delavec, uzilavec pokojnine; rente

<i>(Cognome Priimek</i>	<i>nome ime</i>	<i>data di nascita datum rojstva</i>		
Indirizzo in Jugoslavia				
Naslov v Jugoslaviji	<i>(Comune Občina</i>	<i>Via Ulica</i>	<i>N. Št.</i>	<i>Distretto Okraj</i>

Indirizzo in Italia				
Naslov v Italiji	<i>(Comune Občina</i>	<i>Via Ulica</i>	<i>N. Št.</i>	<i>Provincia Pokrajina</i>

Indirizzo dei familiari
Naslov družinskih članov

A seguito della comunicazione con il Mod. 5 o 12 del (2)
V zvezi s sporočilom z obrazcem 5 z dne

si rende noto che l'assicurazione è cessata in data
Vas obveščamo, da je zavarovanje prenehalo dne

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

Upravičencem, ki ste jih navedli v prej imenovanem" obrazcu, ne pripadajo več dajatve od dne.....

Data,
Datum,

L'Istituto Assicuratore
Zavod za zavarovanje

.....
Timbro e firma
Pečat in podpis

NOTE

(1) La presente comunicazione *deve* essere redatta in due copie, di cui una inviata all'Istituto comunale o alla Sede dell'INAM interessata (*alla Istituzione competente*) e l'altra trattenuta agli atti.
To obvestilo se izda v dveh primerkih od katerih se eden pošlje Komunalnemu zavodu oziroma pristojnemu sedezu INAM-a, drugi pa ostane v aktih.

(2) Cancellare la dizione inutile.
Prečrtati neustrezno besedilo.

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Art. 12 prgg. 2-3 della Convenzione - Art. 7 prgg. 2-3-4 dell'Accordo Amministrativo)

JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA O SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(2.-3. odstavek, 12. člen konvencije - 2.-3.-4. odstavek, 7. člen administrativnega sporazuma)

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER GLI ASSICURATI
DI UN PAESE CHE SOGGIORNANO TEMPORANEAMENTE NELL'ALTRO PAESE

POTRDILO O PRAVICI NA DAJATVE V NARAVI ZA ZAVAROVANCE ENE DRZAVE
KI ZAČASNO BIVAJO V DRUGI DRZAVE

All'Istituto (1)
Zavodu
.....
.....

Assicurato:
Zavarovanec:

(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

Familiare:
Družinski član:

(Cognome, nome e grado di parentela)
(Priimek, ime in sorodstveno razmerje)

Indirizzo:
Naslov:

— nel Paese di residenza: v državi stalnega prebivališča:

— nel Paese di soggiorno temporaneo:
..... v državi začasnega bivališča:

— Istituzione presso la quale è assicurato:
Zavod pri katerem je zavarovan:

— Professione N. di matricola
Poklic matična številka

Indicazioni riguardanti i familiari:
Navedbe o družinskih članih:

(Cognome, nome, data di nascita, grado di parentela)
(Priimek, ime, datum rojstva, sorodstveno razmerje)

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 Amm.vo.

Potrjujemo, da delavec, uzivalec pokojnine/rente, navedeni druzinski člani izpolnjujejo pogoje za uzivanje zdravstvenega varstva v smislu določb 2.-3.-4. ódstavka. 12. člena administrativnega sporazuma.

Prestazioni sanitarie possono essere accordate fino al.....
Zdravstveno varstvo lahko nudite do

tenendo presente quanto segue:.....
upošteevajoč naslednje:

.....
.....

L'istituto di Assicurazione
Zavod za zavarovanje

.....

Timbro e firma
Pečat in podpis

Data,
Datum,

NOTA

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

To potrdilo se izroči na zahtevo zavorovancu, ki se preseli iz države kjer je zavarovan v drugo državo, za določen čas.

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
Art. 12 prg. 1-3 della Convenzione - Art. 7 prgg. 1-3-4 dell'Accordo Amministrativo)
JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA O SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(I:3. odstavek, 12 člen Konvencije - 1.-3.-4. odstavek, 7. člen Administrativnega sporazuma)
AUTORIZZAZIONE A TRASFERIRSI NELL'ALTRO PAESE PER CURE
DOVOLJENJE ZA ODHOD V DRUGO DRZAVO ZARADI ZDRAVLJENJA

All'Istituto
Zavodu

L'assicurato, il titolare di pensione/rendita, il familiare
Zavarovancu, uzivalcu pokojnine/rente, družinskemu člani

<i>Cognome</i> <i>Priimek</i>	<i>nome</i> <i>ime</i>	<i>data di nascita</i> <i>datum rojstva</i>	<i>grado di parentela</i> <i>sorodstveno razmerje</i>
è stato autorizzato a trasferirsi in se dovoljuje odhod v			

<i>Comune</i> <i>Občina</i>	<i>via</i> <i>ulica</i>	<i>N.</i> <i>Št.</i>	<i>Provincia o Distretto</i> <i>Pokrajina oziroma Okraj</i>
per cure. zaradi zdravljenja.			

Indirizzo in Italia o in Jugoslavia: (1)
Naslov v Italiji oziroma v Jugoslaviji: (1)

<i>Comune</i> <i>Občina</i>	<i>via</i> <i>ulica</i>	<i>N.</i> <i>Št.</i>	<i>Provincia o Distretto</i> <i>Pokrajina oziroma Okraj</i>
All'interessato spettano le prestazioni sanitarie fino al Imenovanemu delavcu pripadajo dajatve zdravstvenega varstva do			

Egli ha diritto a beneficiare di indennità giornaliera pari a (N DIN o Euro)
Upravičen je do denarnega nadomestila dnevno v (N DIN - Euro)

In caso di ricovero in ospedale (N DIN - Euro)
V primeru zdravljenja v bolnišnici (N DIN - Euro)

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

Pripominjamo naslednje o dajatvah, ki se lahko nudijo v tej dobi: (2)

Data,
Datum,

L'Istituto di assicurazione
Zavod za zavarovanje

Timbro e firma
Pečat in podpis

NOTE

- (1) Indicare dove l'assicurato risiedeva prima del trasferimento, in Italia o in Jugoslavia.
Navesti, kje je zavarovanec prebival pred odhodom, v Italiji ali v Jugoslaviji.
- (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.
V rubrikah je navesti morebitne omejitve dajatev na podlagi zakonodaje, ki se uporablja ali se bo nadomestilo izplačevalo neposredno od pristojnega zavoda.
- (3) Allegare, eventualmente in plico sigillato, il certificato del medico curante con indicazione delle diagnosi e delle cure già praticate.
Priloziti, po potrebi v zapečatenem ovoju, potrdilo zdravnika z navedbo diagnoze in popisom dosedanjega zdravljenja.

Allegato n. 1

Priloga 1

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Art. 12 della Convenzione - Art. 7 prg. 4 dell'Accordo Amministrativo)

JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA O SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(12. člen Konvencije - 4. odstavek, 7 člen administrativnega sporazuma)

NOTIFICA DI RICOVERO OSPEDALIERO (1)
OBVESTILO O SPREJEMU V BOLNICO (1)

All'Istituto
Zavodu

L'assicurato
Zavarovanec

(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

il familiare
družinski član

(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

via N. Provincia o Distretto
ulica Št. Pokrajina osiroma okraj

iscritto presso
zavarovan pri

(denominazione dell'Istituto Assicuratore)
(navesti pristojni zavod za zavarovanje)

ed in possesso del Mod.rilasciato il
ki se je izkazal z obrazcem izdanim dne

con validità fino al.....
z veljavnostjo do

ha dovuto essere ricoverato il
ie moral biti sprejet v bolnico dne

per una degenza prevedibile di giorni come da certificato medico allegato.
za predvideni čas dni kot sledi is priloženega zdravniškega potrdila.

Data,
Datum,

L'Istituto di assicurazione
Zavod za zavarovanje

Timbro e firma
Pečat in podpis

NOTE

(1) Questo certificato deve essere compilato in due copie delle quali una sarà inviata immediatamente all'Istituto debitore delle prestazioni allegandovi certificato medico.
To potrdilo se izda v dveh primerkih, od katerih se eden pošlje neposredno pristojnemu savodu za plačilo dajatev s priloženim zdravniškim potrdilom.

Allegato: certificato medico
Prilozeno: zdravniško potrdilo.