

**ATESTADO DE DIREITO ÀS PRESTAÇÕES EM ESPÉCIE DO SEGURO DE DOENÇA E MATERNIDADE, NO CASO DE PESSOAS QUE RESIDAM NUM PAÍS QUE NÃO SEJA O PAÍS COMPETENTE**

**Trabalhadores assalariados e não assalariados e familiares que com eles residam; familiares dos trabalhadores em situação de desemprego**

*Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.a; artigo 19º 2; artigo 25º 3.i  
Regulamento 574/72: artigo 17º 1 e 4; artigo 27º, primeira frase*

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares ao segurado, ou remete-os (se for o caso, por intermédio do organismo de ligação) à instituição do lugar de residência, se o formulário for emitido a pedido desta. Esta última instituição, uma vez de posse dos dois exemplares em questão, preenche a parte B e devolve um dos mesmos à instituição competente.

**A. Notificação do direito**

1	Instituição do lugar de residência (2)	
1.1	Designação: .....	Nº de código (2a): .....
1.2	Endereço (3): .....	
1.3	Referência: o vosso formulário E 107 de: .....	

2	<input type="checkbox"/> Trabalhador assalariado	<input type="checkbox"/> Trabalhador fronteiriço (assalariado)	
	<input type="checkbox"/> Trabalhador não assalariado	<input type="checkbox"/> Trabalhador fronteiriço (não assalariado)	
	<input type="checkbox"/> Trabalhador em situação de desemprego		
2.1	Apelido (3a) .....		
2.2	Nomes próprios .....	Apelidos anteriores (3a) .....	Data de nascimento .....
2.3	Endereço no país de residência (3): .....		
2.4	Número de identificação (3b): .....		
2.5	O trabalhador <input type="checkbox"/> é <input type="checkbox"/> não é trabalhador em minas ou em empreendimento similar		
2.6	<input type="checkbox"/> O trabalhador está abrangido por um regime de não assalariados referido no anexo 11 do Regulamento 574/72		

3	Familiar (4)		
3.1	Apelido (3a) .....		
3.2	Nomes próprios .....	Apelidos anteriores .....	Data de nascimento .....
3.3	Endereço no país de residência (3): .....		

- 4  O trabalhador acima indicado e os familiares (5) que com ele residem  
4.1  Os familiares (5) do desempregado acima indicado  
5 têm direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de .....

6	Os interessados conservam este direito	
6.1	<input type="checkbox"/> até à anulação do presente atestado	
6.2	<input type="checkbox"/> durante um ano a contar da data mencionada no ponto 5 (6)	
6.3	<input type="checkbox"/> até ..... inclusive (7)	

## 7 Instituição competente para o seguro de doença e maternidade

7.1	Designação:	.....	Nº de código (7ª):	.....
7.2	Endereço (7):	.....		
7.3		Carimbo	7.4	Data: .....
			7.5	Assinatura .....

## 8 Instituição competente para os acidentes da vida privada (9) (8ª) (10)

8.1	Designação:	.....	Nº de código (7ª):	.....
8.2	Endereço (7):	.....		
8.3		Carimbo	8.4	Data: .....
			8.5	Assinatura .....

## B. Notificação da inscrição (9)

9				
9.1	<input type="checkbox"/>	O trabalhador indicado no quadro 2 e os seus familiares		
9.2	<input type="checkbox"/>	Os familiares do desempregado indicado no quadro 2		
9.3	<input type="checkbox"/>	Foram inscritos na nossa instituição em .....		
9.4	<input type="checkbox"/>	Não puderam ser inscritos na nossa instituição dado que: .....		

## 10 Familiares inscritos

10.1	Apelido (3ª)	Nomes próprios	Sexo		Apelidos anteriores	Data de nascimento
			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 Instituição do lugar de residência

11.1	Designação:	.....			
11.2	Endereço (7):	.....			
11.3		Carimbo	11.4	Data: .....	
			11.5	Assinatura .....	

## INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 4 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

## Indicações para o segurado

- a) *O presente formulário dá-lhe direito, para si e para os seus familiares, às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade. Se estiver desempregado, o presente formulário não lhe é destinado, mas somente aos seus familiares que residam num Estado-membro que não seja aquele em que está segurado.*
- b) *Os dois exemplares do formulário que estão em seu poder devem ser enviados o mais cedo possível à instituição de seguro de doença e maternidade do seu lugar de residência. Se estiver no desemprego, o formulário deve ser enviado pelos seus familiares à instituição de seguro de doença e maternidade do lugar de residência dos mesmos.*
- c) *As instituições de seguro de doença e maternidade são:*  
*na Bélgica, a mutualidade escolhida;*  
*na Dinamarca, o «amtskommune» competente, (administração local). Na comuna de Copenhaga: o «Magistrat» (administração comunal); na comuna de Frederiksberg: o «Kommunalbestyrelse» (administração comunal);*  
*na Alemanha, a «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caixa local de doença);*  
*na Grécia, regra geral, a delegação regional ou local do Instituto dos Seguros Sociais (IKA), que entrega ao interessado um livrete de saúde sem o qual as prestações em espécie não são concedidas;*  
*em Espanha, a «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direcção Provincial do Instituto Nacional da Segurança Social) do lugar de residência. Se necessitar de prestações, pode dirigir-se aos serviços médicos e hospitalares do serviço de saúde da Segurança Social espanhola. Deve apresentar o formulário e uma fotocópia deste.*  
*em França, a «Caisse primaire u assurance maladie» (Caixa Primária de Seguro de Doença); se a resposta ao ponto 2.5 for afirmativa, o formulário pode ser enviado à «Société de secours minière» (Sociedade de Socorros Mineira);*  
*na Irlanda, o «Health Board» (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida;*  
*em Itália, em regra geral a «Unità sanitaria locale» (USL) (unidade local da administração da saúde) competente, conforme a região; para os marítimos e pessoal navegante da aviação civil, o «Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministério da Saúde — Departamento da Saúde, da Marinha ou da Aviação);*  
*no Luxemburgo, a «Caisse de maladie des ouvriers» (Caixa de Doença dos Operários);*  
*nos Países Baixos, uma caixa de doença competente para o lugar de residência;*  
*em Portugal, para o Continente: o Centro Regional de Segurança Social do lugar de residência; para a Madeira: a Direcção Regional de Segurança Social, no Funchal; para os Açores: a Direcção Regional de Segurança Social, em Angra do Heroísmo;*  
*no Reino Unido, o «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministério da Segurança Social, Agência Prestações, Direcção das Prestações Internacionais) em Newcastle-upon-Tyne, ou «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agência de Segurança Social da Irlanda do Norte, Serviço Internacional), em Belfast, conforme o caso;*  
*na Áustria, a «Gebietskrankenkasse» (Caixa Regional do Seguro de Doença) competente para o lugar de residência;*  
*na Finlândia, o serviço local da «Kansaneläkelaitos» (Instituto do Seguro Social);*  
*na Islândia, o «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique;*  
*no Liechtenstein, o «Amt für Volkswirtschaft» (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz;*  
*na Noruega, o «lokale trygdekontor» (Serviço local de seguro) do lugar de residência;*  
*na Suécia, o «försäkringskassan» (Serviço de seguro social) do lugar de residência.*
- d) *Este formulário é válido a partir da data indicada no ponto 5 e pelo período indicado na quadricula que estiver assinalada com uma cruz.*
- e) *Qualquer mudança de situação susceptível de modificar o direito às prestações em espécie — abandono ou mudança de emprego, mudança do seu lugar de residência ou de estada ou do de um seu familiar, etc. — deverá ser comunicada por si ou pelos seus familiares à instituição de seguro onde o formulário tiver sido entregue.*

## NOTAS

EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.

Sigla do país a que pertence a instituição que preenche a parte A do formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.

A preencher apenas quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.

A completar, se for conhecido.

Rua, número, código postal, localidade, país.

Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.

Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.

Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».

A preencher apenas se o formulário disser respeito aos familiares do desempregado. Neste caso, indicar um dos familiares, a fim de permitir a inscrição destes, dado que os familiares beneficiários são designados segundo a legislação aplicada pela instituição do lugar de residência.

Os familiares que têm direito às prestações são determinados pela legislação do país de residência.

No caso de o formulário ser emitido por uma instituição francesa ou italiana.

No caso de o formulário ser emitido por uma instituição francesa de trabalhadores não assalariados ou uma instituição do Reino Unido de trabalhadores assalariados ou não assalariados.

A completar, se o possuir.

A preencher pelas instituições francesas de trabalhadores não assalariados.

No caso de o formulário ser preenchido por uma instituição do Liechtenstein, deve ser indicado o nome da instituição competente para os acidentes de trabalho.

Se este formulário for emitido para renovar uma declaração feita anteriormente, não há lugar ao preenchimento da parte B.

Se o Estado competente for o Liechtenstein, os custos das prestações em espécie relativas a um acidente da vida privada sofrido pelo trabalhador são suportados pela instituição de seguro de acidentes referida no quadro 8.