

ATESTADO PARA A INSCRIÇÃO DOS TITULARES DE PENSÃO OU DE RENDA OU DOS MEMBROS DA SUA FAMÍLIA E ACTUALIZAÇÃO DOS INVENTÁRIOS

Regulamento (CEE) n.º 1408/71: n.º 1, alínea a), do artigo 28.º; n.º 1, alínea a), do artigo 29.º
Regulamento (CEE) n.º 574/72: n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 29.º; ~~artigo~~ n.º 1 do artigo 30.º; n.º 4 do artigo 95.º

A instituição que deve emitir o atestado nos termos do n.º 2 do artigo 29.º ou do n.º 1 do artigo 30.º do Regulamento (CEE) n.º 574/72 preenche a parte A do formulário e entrega dois exemplares do mesmo ao titular de pensão ou de renda, ou ao membro da sua família, ou envia-os à instituição do lugar de residência se o formulário tiver sido pedido por esta. Se o titular da pensão ou o membro da sua família residir no Reino Unido, os dois exemplares do formulário devem ser enviados directamente ao «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» em Newcastle-upon-Tyne. Se for o caso, os dois exemplares são enviados primeiro à instituição que deve preencher os quadros 6 e 7. Ao receber os dois exemplares, a instituição do lugar de residência preenche a parte B e envia um exemplar à instituição mencionada no quadro 7.

A. Notificação do direito

1.	Instituição do lugar de residência (*)
1.1.	Designação:
1.2.	Endereço (*):
1.3.	Referência: vosso formulário E 107 de

2.	<input type="checkbox"/> Titular de pensão ou de renda (regime dos assalariados)
	<input type="checkbox"/> Titular de pensão ou de renda (regime dos não assalariados)
2.1.	Apelido (*)
2.2.	Nomes próprios Apelidos de solteira (*) Data de nascimento
2.3.	Endereço no país de residência (*):
2.4.	Data da eventual transferência de residência:
2.5.	Número de identificação (*):

3.	A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda
3.1.	O interessado em cima mencionado é titular de uma pensão ou de uma renda
	<input type="checkbox"/> de velhice <input type="checkbox"/> de invalidez <input type="checkbox"/> de sobrevivência
	<input type="checkbox"/> de acidente de trabalho <input type="checkbox"/> de doença profissional
3.2.	Desde (data)
3.3.	Número da pensão ou da renda:

4.	Instituição que preencheu o quadro 3 (*)
4.1.	Designação:
4.2.	Endereço (*):
4.3.	Carimbo
	4.4. Data:
	4.5. Assinatura:

5. Membro da família do titular de pensão ou de renda

5.1. Apelido (*)

5.2. Nomes próprios

(Apelidos de solteira (*)

Data de nascimento

5.3. Endereço no país de residência (?):

5.4. Data da eventual transferência de residência:

5.5. Número de identificação (?):

6. A preencher pela instituição devedora da pensão ou da renda ou pela instituição do seguro de doença e maternidade do país devedor da pensão ou da renda (*)

6.1. Número de código da instituição de instrução (?):

6.2. O interessado mencionado no quadro 2 O interessado mencionado no quadro 5

tem direito às prestações em espécie do seguro de doença e maternidade a partir de:

6.3. O custo das prestações a conceder no país de residência, que não seja o país competente, é a nosso cargo.

6.4. a partir de: e até à anulação do presente atestado.6.5. durante um ano a partir de: (*)6.6. a entrega do presente atestado põe termo à validade do formulário E de:

7. Instituição que preencheu o quadro 6 (?)

7.1. Designação:

7.2. Endereço (?):

7.3. Carimbo

7.4. Data:

7.5. Assinatura:

B. Notificação da inscrição ou da não inscrição

8. (*)8.1. O interessado mencionado no quadro 2 O interessado mencionado no quadro 5

não pôde ser inscrito.

8.2. porque o interessado já tem direito às prestações em espécie ao abrigo da legislação do nosso país8.3. Outros motivos:

9. (16)9.1. O interessado mencionado no quadro 2 O interessado mencionado no quadro 5
foi inscrito.

9.2. O custo destas prestações é a vosso cargo; a data a considerar como ponto de partida para o cálculo do montante fixo referido no artigo 95º do Regulamento (CEE) nº 574/72 é:

9.3. Número de código da instituição ou do lugar de residência (*):

10. Instituição do lugar de residência do titular de pensão ou de renda ou do membro da sua família

10.1. Designação:

10.2. Endereço (*):

10.3. Carimbo

10.4. Data:

10.5. 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. Deverá ser preenchido um formulário por pessoa.

Indicações para o titular de pensão ou de renda ou o membro da sua família

- a) Deve entregar o mais breve possível os dois exemplares do presente formulário à instituição de seguro seguinte:
- na **Bélgica**, a « mutualité » (mutualidade) escolhida
 - na **Dinamarca**, o « kommunekontoret » (comuna) do lugar de residência
 - na **Alemanha**, a « Krankenkasse » (Caixa local de doença) do lugar de residência escolhida pelo interessado
 - na **Grécia**, regra geral, a delegação regional ou local do Instituto de Seguros Sociais (IKA) que entrega ao interessado um boletim 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 de Segurança Social) do lugar de residência
 - em **França**, a « Caisse primaire d'assurance-maladie » (Caixa Primária de Seguro de Doença)
 - na **Irlanda**, o « Health Board » (Serviço de Saúde) no âmbito do qual a prestação é pedida
 - em **Itália**, a « Unità Sanitaria Locale » (USL) (Unidade local da administração de saúde) competente conforme a região
 - 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
 - na **Áustria**, a « Gebietskrankenkasse » (caixa regional do seguro 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
- na **Finlândia**, o serviço local do « kansaneläkelaitos » (Instituto de Seguro Social)
 - na **Suécia**, o « foersäkringskassan » (Serviço do seguro Social) do lugar de residência
 - na **Islândia**, o « Tryggingastofun ríkisins » (Instituto Estatal do Seguro Social), em Reiquejavique
 - no **Listenstaine**, o « Amt für Volkswirtschaft » (Departamento da Economia Nacional), em Vaduz
 - na **Noruega**, o « lokale trygdekontor » (serviço local de seguro) do lugar de residência.
- b) Deve informar a instituição de seguro onde entregou o formulário de qualquer mudança de situação que possa alterar o direito às prestações em espécie (suspensão ou supressão da pensão ou da renda, mudança do lugar de residência, etc.).

NOTAS

- (*) Acordo EEE sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Islândia, no Listenstaine e na Noruega.
- (1) 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; A = Áustria; P = Portugal; FIN = Finlândia; S = Suécia; GB = Reino Unido; IS = Islândia; FL = Listenstaine; N = Noruega.
- (2) A preencher somente quando o formulário for emitido a pedido da instituição do lugar de residência.
- (3) Rua, número, código postal, localidade, país.
- (4) 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.
- (5) Para os nacionais italianos, indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o « codice fiscale ».
- (6) Em França, para os trabalhadores não assalariados, este quadro é preenchido pela instituição de seguro de doença e de maternidade.
- (7) Na Itália, os quadros 6 e 7 devem ser preenchidos exclusivamente pela USL ou pelo Ministério da Saúde.
- (8) A completar, se o possuir.
- (9) Nos casos em que o formulário emitido por uma instituição alemã, francesa, italiana ou portuguesa diz respeito a um membro da família.
- (10) Preencher o quadro 8 ou o quadro 9 conforme o caso e assinalar com uma cruz a quadrícula correspondente.