

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 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
di vecchiaia d'invalidità ai superstiti
d'infortunio sul lavoro 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:

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 (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

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.
-