

DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25 paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii.

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64

Se il modulo si riferisce ad un lavoratore in attività, deve esserne compilata una sola copia e trasmessa all'istituzione competente di assicurazione malattia e maternità o di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Se, invece, il modulo riguarda una persona disoccupata, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due da indirizzare l'una all'istituzione di assicurazione disoccupazione competente, l'altra all'istituzione corrispondente del paese ove il lavoratore disoccupato si trova in cerca di lavoro.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da tre pagine.**

1.	Istituzione competente
1.1	Denominazione: .....
1.2	Indirizzo: .....
1.3	Numero di identificazione dell'istituzione: .....

2.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore disoccupato
2.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....	Cognome da nubile (se diverso): .....	
2.2	Nome(i): .....	Data di nascita: .....	
2.3	Numero di identificazione personale: .....		
2.4	detentore di un modulo E 119 rilasciato il ..... e di un modulo E 303 rilasciato il ..... ( <sup>(3)</sup> )	( <sup>(3)</sup> )	

3.	Datore di lavoro <sup>(4)</sup>
3.1	Nome o ragione sociale: .....
3.2	Indirizzo: .....
	.....

A.  <sup>(5)</sup> Domanda di prestazioni

4.	La persona di cui al punto 2, il ..... (data) ha chiesto prestazioni in denaro per	
	<input type="checkbox"/> un trattamento ospedaliero dal ..... al ..... (date) presso un ospedale o centro di prevenzione o rieducazione <sup>(6)</sup>	
	<input type="checkbox"/> inabilità al lavoro a seguito di	
4.1	<input type="checkbox"/> malattia	<input type="checkbox"/> maternità (data probabile del parto: .....)
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> infortunio occorso il ..... (data)
	<input type="checkbox"/> malattia professionale	<input type="checkbox"/> adozione
		<input type="checkbox"/> compenso ridotto in caso di maternità e adozione

5. Il certificato del medico curante

è allegato

non ha potuto essere presentato

6. In base al parere del nostro medico di controllo  di cui si allega il rapporto

di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

6.1  l'inabilità al lavoro ha avuto inizio il ..... e si protrarrà fino al .....

6.2  non vi è inabilità al lavoro (?)

7.  L'interessato non ha ottemperato alle norme previste dalla nostra legislazione e precisamente:

.....  
.....

8.  L'inabilità al lavoro è stata causata, presumibilmente, da incidente dovuto a responsabilità di terzi.

8.1  L'inabilità al lavoro è dovuta ad altre circostanze specifiche illustrate nei documenti allegati.

8.2  Si allega un rapporto su tale incidente nonché l'indirizzo del terzo coinvolto.

8.3  Si allega al modulo altra documentazione riguardo alla causa dell'inabilità al lavoro.

9.  Siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro. Si prega di comunicarci se siete d'accordo su tale procedura e, in caso affermativo, di fornirci tutte le informazioni necessarie per il pagamento delle prestazioni (8).

10.  Non siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro.

**B.  (5) Prolungamento dell'inabilità al lavoro**

11. In riferimento al

11.1  nostro modulo E 115 del ..... (data)

11.2  vostro modulo E 117 del ..... (data)

11.3 si comunica che in base al parere del nostro medico di controllo

di cui si allega il rapporto

di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

la persona di cui al punto 2 sarà presumibilmente inabile al lavoro fino al ..... incluso.

12. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

12.1 Denominazione: .....

12.2 Numero di identificazione dell'istituzione: .....

12.3 Indirizzo: .....

12.4 Timbro

12.5 Data: .....

12.6 Firma: .....

### Informazioni per la persona interessata

Per l'Italia, trasmettere il presente modulo - in caso di malattia o maternità - all'ufficio locale dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale all'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

Per i Paesi Bassi, qualora fosse sconosciuto l'istituto competente di assicurazione malattia, inviare il formulario allo UWW, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

In Slovenia trasmettere il presente modulo - in caso di prestazioni in denaro per maternità – al competente “Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke” (centro affari sociali, Ljubljana Bežigrad, unità centrale per la tutela parentale e la prestazioni familiari) e, in caso d'inabilità al lavoro, all'unità regionale competente dello “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS)” (istituto assicurativo sanitario della Slovenia).

### NOTE

- (<sup>1</sup>) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (<sup>2</sup>) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (<sup>3</sup>) L'indicazione è da riportare, se del caso, solo se trattasi di lavoratore disoccupato.
- (<sup>4</sup>) Per il lavoratore disoccupato, indicare l'ultimo datore di lavoro.
- (<sup>5</sup>) La redazione delle parti A o B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata.
- (<sup>6</sup>) Nel caso di persone assicurate presso una cassa malattia tedesca o un'istituzione austriaca o belga, ove all'atto di rilascio del modulo ignori la data esatta di uscita dall'ospedale della persona interessata, l'istituzione di sicurezza sociale del luogo di residenza è tenuta a fornire successivamente tali informazioni nel più breve tempo possibile.
- (<sup>7</sup>) Allegare copia del modulo E 118 inviato all'interessato.
- (<sup>8</sup>) Se il modulo è inviato ad una un'istituzione tedesca, italiana, ungherese o polacca, non si deve contrassegnare questa casella.