

**Inscrição para cobertura relativamente
a cuidados de saúde**

Regulamentos UE n.º 883/2004 e n.º 987/2009 (*)

INFORMAÇÃO PARA O TITULAR

O presente atestado confere-lhe a si e aos seus familiares o direito a prestações em espécie por doença e maternidade, bem como a prestações de paternidade equiparadas em espécie (isto é, cuidados de saúde, tratamento médico, etc.) no seu Estado de residência. Os familiares só estão cobertos se preencherem as condições estabelecidas na legislação do Estado de residência.

O atestado deve ser entregue o mais rapidamente possível à instituição de cuidados de saúde do lugar de residência (**).

Para uma lista de instituições de cuidados de saúde, consultar <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

1.1 Número de identificação pessoal no Estado-Membro competente

1.2 Apelido

1.3 Nomes próprios

1.4 Apelido de nascimento (***)

1.5 Data de nascimento

1.6 Endereço no Estado de residência

1.6.1 Rua, N.º

1.6.3 Código postal

1.6.2 Cidade

1.6.4 Código do país

1.7 Situação

☐ 1.7.1 Segurado☐ 1.7.2 Familiar de segurado☐ 1.7.3 Titular de pensão☐ 1.7.4 Familiar de titular de pensão☐ 1.7.5 Requerente de pensão**2. PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS PARA CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO**☐ 2.1 O titular recebe prestações pecuniárias para cuidados de longa duração

(*) Regulamento (CE) n.º 883/2004, artigos 17.º, 22.º, 24.º, 25.º, 26.º e 34.º e Regulamento (CE) n.º 987/2009, artigos 24.º e 28.º.

(**) No caso de Espanha, Suécia e Portugal, o atestado deve ser entregue, respectivamente, às sedes provinciais do Instituto Nacional de Segurança Social (INSS), ao Instituto de Seguros Sociais e à instituição de segurança social do lugar de residência.

(***) Informação fornecida à instituição pelo titular se aquela não a possuir.

S1

Inscrição para cobertura relativamente
a cuidados de saúde

3. DADOS PESSOAIS DO SEGURADO

(a preencher se o titular tiver direito a cuidados de saúde através do seguro de outra pessoa)

- | | | | |
|-------|--|-------|----------------|
| 3.1 | Número de identificação pessoal no Estado-Membro competente | | |
| 3.2 | Apelido | | |
| 3.3 | Nomes próprios | | |
| 3.4 | Apelido de nascimento (*) | | |
| 3.5 | Data de nascimento | | |
| 3.6 | Endereço do segurado, se for diferente do endereço indicado no ponto 1.6 | | |
| 3.6.1 | Rua, N.º | 3.6.3 | Código postal |
| 3.6.2 | Cidade | 3.6.4 | Código do país |

4. COBERTURA DO SEGURO DE/A:

- | | | | |
|-----|----------------|-----|---------------|
| 4.1 | Data de início | 4.2 | Data de termo |
|-----|----------------|-----|---------------|

5. INSTITUIÇÃO QUE PREENCHE O FORMULÁRIO

- | | | | |
|------|------------------------------|-----|----------------|
| 5.1 | Designação | | |
| 5.2 | Rua, N.º | | |
| 5.3 | Cidade | | |
| 5.4 | Código postal | 5.5 | Código do país |
| 5.6 | Identificação da instituição | | |
| 5.7 | N.º de fax | | |
| 5.8 | N.º de telefone | | |
| 5.9 | Correio electrónico | | |
| 5.10 | Data | | |
| 5.11 | Assinatura | | |

CARIMBO

(*) Informação fornecida à instituição pelo titular se aquela não a possuir.