



Registro para cobertura de asistencia sanitaria

Reglamentos comunitarios nº 883/04 y nº 987/09 (*)

INFORMACIÓN PARA EL TITULAR

Este documento certifica que usted y los miembros de su familia tienen derecho a prestaciones en especie por enfermedad y maternidad (atención sanitaria, tratamiento médico, etc.) y a prestaciones equivalentes por paternidad en su Estado de residencia.

Sólo están cubiertos los miembros de la familia que cumplen las condiciones establecidas en la legislación del Estado de residencia.

El certificado se ha de presentar a la mayor brevedad en la entidad sanitaria del lugar de residencia (**).

Puede consultar una lista de las entidades sanitarias en <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATOS PERSONALES DEL TITULAR

1.1	Número de identificación personal en el Estado miembro competente	
1.2	Apellidos	
1.3	Nombre	
1.4	Apellidos de nacimiento (**)	
1.5	Fecha de nacimiento	
1.6	Dirección en el Estado de residencia	
1.6.1	Calle y nº	1.6.3 Código postal
1.6.2	Localidad	1.6.4 Código del país
1.7	Situación	
<input type="checkbox"/>	1.7.1 Persona asegurada	<input type="checkbox"/> 1.7.2 Familiar de persona asegurada
<input type="checkbox"/>	1.7.3 Pensionista	<input type="checkbox"/> 1.7.4 Familiar de pensionista
<input type="checkbox"/>	1.7.5 Solicitante de pensión	

2. PRESTACIONES SANITARIAS A LARGO PLAZO EN METÁLICO

<input type="checkbox"/>	2.1 El titular cobra prestaciones sanitarias a largo plazo en metálico
--------------------------	--

(*) Reglamento (CE) nº 883/2004, artículos 17, 22, 24, 25, 26 y 34, y Reglamento (CE) nº 987/2009, artículos 24 y 28.

(**) En el caso de España, Suecia y Portugal, el certificado se ha de presentar, respectivamente, en las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), la institución de la seguridad social y la institución de la seguridad social del lugar de residencia.

(***) Información que el titular facilita a la institución si ésta no dispone de ella.

S1



Registro para cobertura de asistencia sanitaria

3. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA ASEGURADA

(rellénesse si el titular tiene derecho a asistencia sanitaria por el seguro de otra persona)

3.1 Número de identificación personal en el Estado miembro competente

3.2 Apellidos

3.3 Nombre

3.4 Apellidos de nacimiento (*)

3.5 Fecha de nacimiento

3.6 Dirección de la persona asegurada, si difiere de la consignada en 1

3.6.1 Calle y nº

3.6.3 Código postal

3.6.2 Localidad

3.6.4 Código del país

4. COBERTURA SANITARIA, DESDE/HASTA:

4.1 Fecha de inicio

4.2 Fecha final

5. INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL FORMULARIO

5.1 Nombre

5.2 Calle y nº

5.3 Localidad

5.4 Código postal

5.5 Código del país

5.6 Identificación de la institución

5.7 Fax de la oficina

5.8 Teléfono de la oficina

5.9 Correo electrónico

5.10 Fecha

5.11 Firma

SELLO

(*) Información que el titular facilita a la institución si ésta no dispone de ella.