Este documento es un instrumento de documentación y no compromete la responsabilidad de las instituciones

►**B**

DECISIÓN nº 153

de 7 de octubre de 1993

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72 del Consejo (E 001, E 103 - E 127)

(Texto pertinente a los fines del EEE)

(94/604/CE)

(DO L 244 de 19.9.1994, p. 22)

Modificada por:

		Diario Oficial		
		nº	página	fecha
►**M1**	Decisión 98/441/CE nº 166 de 2 de octubre de 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	Decisión 98/443/CE nº 168 de 11 de junio de 1998	L 195	37	11.7.1998

▼B

DECISIÓN nº 153

de 7 de octubre de 1993

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72 del Consejo (E 001, E 103 - E 127)

(Texto pertinente a los fines del EEE)

(94/604/CE)

LA COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES,

Vista la letra a) del artículo 81 del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en virtud de la cual la Comisión administrativa se encargará de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación que se deriven del Reglamento (CEE) nº 1408/71 y de los reglamentos posteriores,

Visto el apartado 1 del artículo 2 del Reglamento (CEE) nº 547/92 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, en virtud del cual dicha Comisión elaborará los modelos de certificados, certificaciones, declaraciones, solicitudes y demás documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión nº 130, de 17 de octubre de 1985, por la que se establecen y adaptan los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Considerando que procede también adaptar dichos modelos para tener en cuenta las modificaciones introducidas en las legislaciones nacionales de los Estados miembros,

Considerando que el Anexo VI del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo de 2 de mayo de 1992, adaptado por el Protocolo de 17 de marzo de 1993, supone la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y nº 574/72 del Consejo en el Espacio Económico Europeo,

Considerando que, por decisión del Comité mixto del EEE, los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nºs 1408/71 y 574/72 del Consejo se adaptarán y aplicarán dentro del Espacio Económico Europeo,

Considerando que, por motivos de índole práctica, conviene utilizar formularios idénticos en la Comunidad y en el Espacio Económico Europeo,

Considerando que, con miras a la participación prevista de Liechtenstein en el EEE en una fase posterior, conviene también adaptar dichos formularios en lo que se refiere a dicho país,

Considerando que, por lo que respecta a la lengua de expedición de los formularios, se estará a lo dispuesto en la Recomendación nº 15 de la Comisión administrativa;

DECIDE:

1. Los modelos de formularios E 001, E 103-E 127 reproducidos en la Decisión nº 130 serán sustituidos por los modelos que se adjuntan.

2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de los interesados (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.) los formularios ajustados a los modelos que se adjuntan.

3. Los formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y se presentarán de tal manera que las diferentes versiones puedan superponerse perfectamente para permitir que

▼B

cada destinatario (derechohabiente, institución, empresario, etc.) reciba los formularios impresos en su lengua nacional.

4. La presente Decisión será aplicable a partir del primer día del mes siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*.

El Presidente de la Comisión Administrativa

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lista de formularios

E 001 — Solicitud o Comunicación de información, solicitud de formularios, reiteración relativa a un trabajador asalariado, un trabajador no asalariado, un fronterizo, un pensionista, un desempleado, un derechohabiente

E 103 — Ejercicio del derecho de opción

E 104 — Certificación relativa a la totalización de períodos de seguro, de empleo o de residencia

E 105 — Certificación relativa a los miembros de la familia del trabajador asalariado o no asalariado que hay que tomar en consideración para el cálculo de las prestaciones económicas en caso de incapacidad para el trabajo

E 106 — Certificación de derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad en el caso de personas que residen en un país que no es el competente

E 107 — Solicitud de certificación de derecho a prestaciones en especie

E 108 — Certificación de suspensión o de supresión del derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad

E 109 — Certificación para la inscripción de los miembros de la familia del trabajador asalariado o no asalariado y la elaboración de los inventarios

E 110 — Certificación relativa a los trabajadores aslariados de los transportes internacionales

E 111 — Certificación de derecho a prestaciones en especie durante la estancia en un Estado miembro

E 112 — Certificación sobre el mantenimiento de las prestaciones en curso del seguro de enfermedad-maternidad

E 113 — Hospitalización, notificación de ingreso y de salida

E 114 — Concesión de prestaciones en especie de gran importancia

E 115 — Solicitud de prestaciones económicas por incapacidad laboral

E 116 — Informe médico en caso de incapacidad para el trabajo (enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional)

E 117 — Concesión de prestaciones económicas en case de maternidad e incapacidad para el trabajo

E 118 — Notificación de no reconocimiento o de terminación de la incapacidad para el trabajo

E 119 — Certificación relativa al derecho de los trabajadores en desempleo y de los miembros de sus familias a las prestaciones del seguro de enfermedad-maternidad

E 120 — Certificación de derecho a las prestaciones en especie para los solicitantes de pensión o de renta y los miembros de sus familias

E 121 — Certificación para la inscripción de los titulares de pensión o de renta y la elaboración de los inventarios

E 122 — Certificación para la concesión de las prestaciones en especie a los miembros de la familia de los titulares de pensión o de renta

E 123 — Certificación de derecho a las prestaciones en especie del seguro contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales

E 124 — Solicitud de subsidio de defunción

E 125 — Estado individual de gastos efectivos

E 126 — Tarifas para el reembolso de prestaciones en especie

E 127 — Estado individual de cantidades globales mensuales

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Solicitud de información**
☐ **Comunicación de información**
☐ **Solicitud de formularios**
☐ **Reiteración**

relativa a

☐ **un trabajador asalariado**
☐ **un trabajador no asalariado**
☐ **un fronterizo**
☐ **un pensionista**
☐ **un solicitante de una pensión**
☐ **un desempleado**
☐ **un derechohabiente**

Reglamento 1408/71: artículo 84

La institución expedidora cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares a la institución destinataria. Ésta cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución expedidora. El formulario se utiliza como complemento de otros formularios o para cualquier intercambio de informaciones que no estén previstas formalmente en el marco de los formularios, a los que no sustituye en ningún caso.

Parte A

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....

2 Información relativa al asegurado (3)

2.1 Apellido familiar (4): .....
2.2 Apellido de nacimiento (4): .....
2.3 Nombre (5): .....
2.4 Apellidos anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....

3 Nacionalidad (8): ..... D.N.I (9): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (10): .....
4.2 Localidad (11): .....
4.3 Provincia o departamento (12): .....
4.4 País (13): .....

5 Número de afiliación

5.1 En la institución expedidora: .....
5.2 En la institución destinataria: .....

6 Dirección (2): .....
.....

7 Información relativa al expediente

7.1 Tipo de prestación:
.....
7.2 Referencia del expediente de la institución expedidora:
.....
7.3 Referencia del expediente de la institución destinataria:
.....

▼B

E 001

8	Derechohabiente (14)		
8.1	Apellido familiar (4)		
8.2	Nombre	Apellido de nacimento (4)	
8.3	Lugar de nacimiento (11)	Fecha de nacimiento	
8.4	Sexo	Nacionalidad	D.N.I. (9)
8.5	Dirección (2):		

9	☐ Solicitud	☐ Reiteración de la solicitud de fecha:
	Rogamos nos envíen para la persona indicada en el recuadro	☐ 2 ☐ 8
9.1	☐ el/los formulario(s) siguiente(s):	
9.2	☐ el/los documento(s) siguiente(s):	
9.3	☐ la(s) información(es) siguiente(s):	
9.4	Motivo de la solicitud:	

10	Cambio de situación: se han producido los cambios siguientes

11	Otros

12	Institución que cumplimenta la parte A	
12.1	Denominación:	Nº de código (15):
12.2	Dirección (2):	
12.3	Sello	
12.4	Fecha:	
12.5	Firma	

▼B

E 001

Parte B

13

En relación con su solicitud ..... le(s) adjuntamos:

13.1 ☐ el/los formulario(s) siguiente(s): .....

13.2 ☐ el/los documento(s) siguiente(s): .....

.....

13.3 ☐ la información siguiente: .....

.....

14

En relación con su solicitud de: .....

Les comunicamos que no podemos enviarles:

14.1 ☐ el/los formulario(s) siguiente(s): .....

14.2 ☐ el/los documento(s) siguiente(s): .....

14.3 ☐ la información solicitada

14.4 ☐ Motivos: .....

.....

.....

15 Otros

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ En relación con su envío de .....

acusamos recibo a la información contenida en el recuadro 10

17 Institución que cumplimenta la parte B

17.1 Denominación: ..... Nº de código ([15]): .....

17.2 Dirección ([2]): .....

.....

17.3 Sello

17.4 Fecha: .....

17.5 Firma

.....

▼B

E 001

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido: A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Los puntos 2.1 a 2.5 relativos a la identificación, se cumplimentarán cuando sea necesario.

(4) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio. Si el formulario lo cumplimenta una institución neerlandesa y si el asegurado o el derechohabiente es una mujer casada o que ha estado casada, indicar, como apellido de familia, el apellido del cónyuge actual o del último cónyuge.
— El apellido de nacimiento debe indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido de familia, se pondrá la mención «idem». Si el formulario lo cumplimenta una institución neerlandesa y si el asegurado o el derechohabiente es una mujer casada o que ha estado casada, indicar, como apellido de nacimiento, su apellido de soltera.
— Las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y en el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
— Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(5) Indicar todos los nombres según el orden del Registro civil.

(6) Se indicará principalmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres de uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y en el orden del registro civil.

(7) M = Masculino; F = Femenino.

(8) En su caso, indicar la fecha de nacionalización.

(9) Para los nacionales españoles, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (D.N.I.) si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno».

(10) El día y el mes se expresan con dos dígitos cada uno, el año con cuatro dígitos (por ejemplo, 1 de agosto de 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Para las ciudades francesas que se componen de varios distritos, indicar el número de distrito (por ejemplo, París 14). Para las localidades portuguesas, indíquese también la parroquia y el municipio.

(12) Información obligatoria para los asegurados de nacionalidad española, francesa o italiana; esta rúbrica implica, según los países, la indicación de la dependencia territorial del lugar de nacimiento (por ejemplo, en lo que se refiere a Francia, para un municipio de nacimiento, Lille, hay que indicar el departamento de nacimiento, Nord, unido al código departamental si el asegurado lo conoce, o sea, en este caso, «59». La información anotada será, por tanto, «Nord 59»). Para los nacidos en España, indicar solamente la provincia.

(13) Sigla del país de nacimiento del asegurado, codificada según el código internacional de vehículos automóviles.

(14) A cumplimentar si procede.

(15) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 103 ☐ (1)

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

Reglamento 1408/71; artículo 16.2 y 3
Reglamento 574/72: artículo 13.2 y 3; artículo 14.1 y 2

Una vez cumplimentada la parte A del formulario con arreglo a los puntos a) y b) de las instrucciones, el trabajador lo remitirá o expedirá según las indicaciones de los puntos a) y c) de las mismas instrucciones. La institución que reciba el formulario cumplimentará la parte B y hará llegar un ejemplar al trabajador.

A. Opción

1 El abajo firmante

1.1 Apellido(s) (1 *bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 *bis*) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 *ter*) .....

1.4 Dirección (2): .....
.....

1.5 Número de identificación (1 *quater*) .....

2 Ocupado desde: .....

2.1 (3) ☐ en calidad de ..... en la misión diplomática o la oficina consular que se cita a continuación: .....

2.2 (3) ☐ en calidad de (4): .....
al servicio personal del empresario siguiente (5) .....
agente de la misión diplomática o la oficina consular siguiente: .....

2.3 (3) ☐ como agente auxiliar de las Comunidades Europeas,

3 declara optar por quedar sujeto a la legislación de Seguridad Social

3.1 (6) ☐ del Estado del que es nacional

3.2 (6) ☐ del Estado a cuya legislación ha estado sujeto en último lugar, es decir, legislación

(6) ☐ belga ☐ danesa ☐ alemana ☐ griega ☐ española
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ del Reino Unido
(6) ☐ austriaca ☐ finlandesa ☐ islandesa ☐ de Liechtenstein ☐ noruega
(6) ☐ sueca

4 Lugar y fecha: .....

5 Firma
.....

6 Autoridad de las Comunidades Europeas que ha formalizado el contrato con el agente auxiliar

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (2): .....
.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma
.....

▼B

E 103

B. Certificación

7 Tomamos nota de que el trabajador mencionado en el recuadro 1 está sujeto a la legislación

(6) ☐ belga ☐ danesa ☐ alemana ☐ griega ☐ española
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ del Reino Unido
(6) ☐ austriaca ☐ finlandesa ☐ islandesa ☐ de Liechtenstein ☐ noruega
(6) ☐ sueca

7.1 a partir de .....

7.2 durante el período en que ocupe el empleo indicado en la parte A (7)

8 Institución designada por la autoridad competente

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha .....

8.5 Firma:

.....

▼B

E 103

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta (en 3 ejemplares) utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

Para el personal de las misiones diplomáticas o de las oficinas consulares y los empleados domésticos a su servicio:

a) *Una vez cumplimentada la parte A del formulario, con excepción del recuadro 6, deberá enviar un ejemplar del formulario a su empresario y dos ejemplares a la institución designada por la autoridad competente del Estado por cuya legislación haya optado, es decir:*

en **Bélgica,** *a la «Office national de sécurité sociale» (Oficina Nacional de Seguridad Social), Bruselas;*

en **Dinamarca,** *al «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» (Dirección General de Seguridad Social y Asistencia Social), Copenhague;*

en **Alemania,** *a la «Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn» (AOK, Caja Local de enfermedad), en Bonn;*

en **Grecia,** *a la Oficina Regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA);*

en **España,** *a la Tesorería General de la Seguridad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid;*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance maladie de Paris» (Caja del Seguro de Enfermedad), París;*

en **Irlanda,** *al «Department of Social Welfare» (Ministerio de Previsión Social), Dublín;*

en **Italia,** *a la sede local competente del «Istituto nazionale della previdenza sociale» (Instituto Nacional de Previsión Social) (INPS);*

en **Luxemburgo,** *a la «Inspection générale de la sécurité sociale» (la Inspección General de la Seguridad Social), Luxemburgo;*

en los **Países Bajos,** *al «Sociale Verzekeringsraad» (Consejo de Seguros Sociales), Zoetermeer;*

en **Portugal,** *el «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Departamento de Relaciones internacionales y Convenciones de Seguridad Social), Lisboa;*

en el **Reino Unido,** *al «Department of Social Security; Contributions Agency, Overseas Contributions» (Ministerio de Seguridad Social, Agencia de Cotizaciones, Servicio Internacional), Newcastle Upon Tyne, o a la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso,*

en **Austria,** *a la institución competente en materia de seguro de enfermedad;*

en **Finlandia,** *al «Eläketurvakeskus» (Instituto Central de Pensiones), Helsinki;*

en **Islandia,** *a la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *a la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *a la «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Oficina Nacional de Seguridad Social en el Exterior), Oslo;*

en **Suecia,** *a la «Riksförsäkringsverket» (Oficina Nacional de Seguridad Social), Estocolmo.*

Para la autoridad de las Comunidades Europeas facultada para formalizar la contratación de los agentes auxiliares:

b) *Cuando se contrate a un agente auxiliar, si éste desea hacer uso de su derecho de opción, la autoridad facultada de las Comunidades Europeas deberá hacer que cumplimente la parte A, con excepción del recuadro 6, que deberá cumplimentar esa misma autoridad.*

c) *Deberán enviarse dos ejemplares del formulario a la institución designada por la autoridad competente del Estado miembro por cuya legislación haya optado el interesado [véase el punto a) anterior].*

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país de empleo de la persona que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia, L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o en el pasaporte.

(1 *ter*) Para los nacionales españoles, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (D.N.I.), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno».

(1 *quater*) Para los trabajadores sujetos a la legislación belga, indicar el número nacional de registro.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país, número de teléfono.

(3) Dar las indicaciones 2.1, 2.2 o 2.3 según la situación del trabajador que cumplimenta el formulario y poner una cruz en la casilla correspondiente.

(4) Indicar la ocupación del interesado: chófer, cocinero, etc.

(5) Indicar el apellido y los nombres del empresario.

(6) Poner una cruz en la casilla que precede a la indicación apropiada. Se observará que los trabajadores al servicio de las misiones diplomáticas o de las oficinas consulares, así como los que están al servicio personal de un agente de estas misiones u oficinas, solamente pueden optar por la legislación de Seguridad Social del Estado del que son nacionales.

(7) Los trabajadores al servicio de misiones diplomáticas o puestos consulares, así como los que están al servicio personal de un agente de estas misiones u oficinas, pueden ejercer una nueva opción al final de cada año.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 104 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPLEO O DE RESIDENCIA

Enfermedad — maternidad — defunción (subsidio) — tuberculosis

Reglamento 1408/71: artículo 9.2, artículo 18.1; artículo 38.1; artículo 64
Reglamento 574/72: artículo 6.2; artículo 16; artículo 39.1 y 2; artículo 79

La institución competente cumplimentará la Parte A del formulario y enviará dos ejemplares de éste a la Institución del último Estado miembro a cuya legislación ha estado sometido el interesado. Esta institución cumplimentará la parte B y devolverá el formulario a la institución que se lo ha remitido. Si el formulario se expide a solicitud del interesado, la institución que debe entregarlo cumplimentará la parte B y entregará o hará llegar el formulario al propio interesado.

Parte A

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2 Asegurado

2.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Número de afiliación .....
2.4 A partir de la fecha indicada en el punto 3.1, el asegurado ha ejercido una actividad
☐ asalariada ☐ no asalariada en (3) .....
2.5 ☐ Nombre o razón social del último empresario .....
☐ Última actividad no asalariada
.....
Dirección (2) .....
.....
2.6 Empresarios anteriores (4) ☐ actividades no asalariadas anteriores
[(Nombre o razón social y dirección (2)] .....
.....
.....
.....
.....
.....

3 A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el asegurado, arriba mencionado, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro, empleo o residencia que ha cumplido
3.1 a partir de .....
3.2 según la legislación de su país, para la contingencia
☐ enfermedad-maternidad (5) ☐ defunción (subsidio) ☐ tuberculosis
☐ invalidez (5 ter)

4 Institución competente

4.1 Denominación: ..... Nº de código (5 bis) .....
4.2 Dirección (2): .....
.....
4.3 Sello
4.4 Fecha: .....
4.5 Firma
.....

▼B

E 104

Parte B

5	Asegurado (6)	
5.1	Apellido(s) (2 *bis*)	
5.2	Nombre	Apellidos anteriores (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
5.3	Número de afiliación	

6 El asegurado indicado ☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 5

6.1 ha estado asegurado contra la contingencia de enfermedad — maternidad desde la fecha señalada en la casilla 3.1 ☐ (8 ter)

6.2 ha cumplido ☐ en los tres últimos años (8) ☐ en los cinco últimos años (8 *bis*)
☐ desde .....

7	los períodos de seguro siguientes, para las prestaciones que figuran a continuación						☐ (5) (7)	
7.1	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.2	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.3	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.4	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.5	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.6	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.7	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.8	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.9	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
7.10	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)

8	los períodos de residencia siguientes							
8.1	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.2	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.3	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.4	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.5	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.6	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.7	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.8	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.9	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)
8.10	del	.....	al	..... (9)	para (10) la contingencia de	.....	☐	(11)

9	Institución que cumplimenta la parte B	
9.1	Denominación:	
9.2	Dirección (2):	
9.3	Sello	9.4 Fecha: .....
		9.5 Firma .....

▼B

E 104

INSTRUCCIONES

El formulario debe cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario en primer lugar: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3) Indicar el Estado.

(4) A cumplimentar en la medida de lo posible.

(5) Sólo en el caso de que la institución destinataria sea belga, francesa, griega o de Liechtenstein, indicar la contingencia cubierta, utilizando el siguiente código: N = prestaciones en especie, E = prestaciones económicas.

(5 *bis*) Completar si se tiene.

(5 *ter*) Para los necesidades de las instituciones francesas.

(6) A cumplimentar exclusivamente cuando el formulario se entregue directamente al interesado.

(7) Si la certificación va dirigida a una institución italiana para obtener prestaciones económicas en caso de tuberculosis y el interesado no ha cotizado durante un año completo, han de indicarse todos los períodos de seguro cubiertos por el mismo.

(8) A cumplimentar únicamente si la institución competente es del Reino Unido.

(8 *bis*) A cumplimentar únicamente si la institución competente es de Irlanda.

(8 *ter*) A cumplimentar únicamente si la institución competente es de Bélgica.

(9) Si la certificación está destinada a una institución griega, indicar si se trata de períodos de actividad por cuenta ajena o por cuenta propia utilizando los códigos siguientes: D = trabajador por cuenta ajena; I = trabajador por cuenta propia.
Si la certificación está destinada a una institución alemana o luxemburguesa, indicar los períodos de seguro en el recuadro 7 utilizando los códigos siguientes: P = seguro obligatorio; F = seguro voluntario.

(10) Indicar la contingencia cubierta utilizando el código siguiente: A = enfermedad-maternidad, B = defunción (subsidio) C = tuberculosis; O = invalidez.

(11) Si la institución competente es una institución alemana, irlandesa, del Reino Unido o austriaca, márquese esta casilla con una cruz siempre que el período de seguro o de residencia corresponda a un período de empleo efectivo, y precísese la naturaleza de la actividad por cuenta ajena o por cuenta propia.

.....

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 105 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL TRABAJADOR ASALARIADO O NO ASALARIADO QUE HAY QUE TOMAR EN CONSIDERACIÓN PARA EL CÁLCULO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS EN CASO DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO

Reglamento 1408/71: artículo 23.3; artículo 58.3
Reglamento 574/72: artículo 25.1 y 2; artículo 70.1

Deberá ser cumplimentada por la institución del seguro de enfermedad o por una institución designada del lugar de residencia de los miembros de la familia y se enviará al trabajador.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

1.1 Apellido(s) (1 *bis*) .....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Dirección (2) en el país de residencia o estancia .....

.....

1.4 Número de identificación .....

2 Miembros de la familia del trabajador arriba indicado

	Apellido(s) (1 *bis*)	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento	Parentesco
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

3 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma

.....

▼B

E 105

INSTRUCCIONES

El formulario deberá ser cumplimentado en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

Indicaciones para el trabajador

a) Si usted considera que tiene derecho a prestaciones económicas por incapacidad para el trabajo en Bélgica, en Alemania, en Grecia, en Francia, en Irlanda, en Portugal, en el Reino Unido, en Austria o en Finlandia, países cuya legislación dispone que el importe de dichas prestaciones varía o puede variar en función de los miembros de la familia, deberá enviar la presente certificación a la institución en la que esté asegurado.

b) Esta certificación tendrá validez durante un período de 12 meses a partir de la fecha de su expedición (ver el punto 3.4); pasado este período, podrá solicitar la renovación a la institución del lugar de residencia de los miembros de su familia (ver los puntos 3.1 y 3.2).

c) Deberá notificar inmediatamente a la institución en la que esté asegurado cualquier cambio que se produzca en los datos que constan en esta certificación.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Márquese con una cruz si los miembros de la familia están a cargo del trabajador.

▼M1

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE (*)

Véanse las «Instrucciones» en la página 3

E 106 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD EN EL CASO DE PERSONAS QUE RESIDEN EN UN PAÍS QUE NO ES EL COMPETENTE

Trabajadores por cuenta ajena o propia y miembros de su familia que convivan con ellos; miembros de la familia de los trabajadores desempleados

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 25.3.i
Reglamento 574/72: artículo 17.1 y 4; artículo 27, primera frase

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al asegurado, o los hará llegar (en su caso a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se cumplimenta a solicitud de ésta. Esta última institución, una vez en poder de los dos ejemplares en cuestión, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos a la institución competente.

A. **Certificación del derecho**

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1. Denominación: ..... Nº de código (2 bis): .....
1.2. Dirección (3): .....
.....
1.3. Referencia: su formulario E 107 del .....

2. ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador fronterizo (por cuenta ajena)
☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Trabajador fronterizo (por cuenta propia)
☐ Trabajador en desempleo

2.1. Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3. Dirección en el país de residencia (3): .....
.....
2.4. Número de identificación (3 ter): .....
2.5. El trabajador ☐ es ☐ no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado
2.6. ☐ El trabajador depende de un régimen de trabajadores por cuenta propia mencionado en el anexo II del Reglamento nº 574/72

3. Miembro de la familia (4)

3.1. Apellido(s) (3 bis)
.....
3.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3. Dirección en el país de residencia (3): .....
.....

4. ☐ El trabajador arriba mencionado y los miembros de su familia (5) que conviven con él
4.1. ☐ Los miembros de la familia (5) del desempleado anteriormente indicado
5. Tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a partir de .....

6. Los interesados conservarán este derecho

6.1. ☐ hasta la anulación de la presente certificación
6.2. ☐ durante un año desde la fecha señalada en el punto 5 (6)
6.3. ☐ hasta el ..... inclusive (7)

▼M1

E 106

7. Institución competente para enfermedad-maternidad

7.1. Denominación: ..... Nº de afiliación ([7bis]): .....

7.2. Dirección ([3]): .....

.....

7.3. Sello

7.4. Fecha: .....

7.5. Firma

.....

8. Institución competente para los accidentes no laborales ([8]) ([8bis]) ([10])

8.1. Denominación: ..... Nº de afiliación ([7bis]): .....

8.2. Dirección ([3]): .....

.....

8.3. Sello

8.4. Fecha: .....

8.5. Firma

.....

B. **Notificación de la inscripción** ([9])

9.

9.1. ☐ El trabajador citado en el recuadro 2 y los miembros de su familia

9.2. ☐ Los miembros de la familia del desempleado citado en el recuadro 2

9.3. ☐ han sido inscritos en nuestra institución el: .....

9.4. ☐ no han podido inscribirse en nuestra institución porque

.....

10. Miembros de la familia inscritos

	10.1. Apellidos ([3bis])	Nombre	Sexo F	Sexo M	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Institución del lugar de residencia

11.1. Denominación: .....

11.2. Dirección ([3]): .....

.....

11.3. Sello

11.4. Fecha: .....

11.5. Firma

.....

▼M1

E 106

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contengan ninguna mención útil.

Instrucciones para el asegurado

a) El presente formulario le da derecho a Ud. y a los miembros de su familia, a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si se encuentra Ud. en desempleo, el presente formulario no le es de aplicación, sino que se destina exclusivamente a los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto de aquel en el que está Ud. asegurado.

b) Los dos ejemplares del formulario que obran en poder de Ud. deberán ser remitidos a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia. Si Ud. se encuentra en desempleo, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución de seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia de éstos.

c) Las instituciones del seguro de enfermedad-maternidad en cuestión son:

en **Bélgica:** la mutualidad elegida

en **Dinamarca,** la «amtskommune» competente (administración local). En el municipio de Copenhague: el «magistrat» (administración municipal); en el municipio de Frederiksberg: el «kommunalbestyrelse» (administración municipal)

en **Alemania,** las «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia elegido por el interesado

en **Grecia** por regla general, la oficina regional o local el Instituto de seguros sociales (IKA), que entrega al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie

en **España,** la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de residencia.Si necesita prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Debe presentar el formulario y una fotocopia del mismo

en **Francia,** la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es «sí», la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero)

en **Irlanda,** el «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación

en **Italia,** por regla general, la «unità sanitaria locale — USL» (Unidad local de la administración de la sanidad) competente según el territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil; «le Ministero della sanità» — «Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad — Oficina de sanidad de la marina o de la aviación)

en **Luxemburgo,** la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)

en los **Países Bajos,** una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia

en **Austria** la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional de seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia

en **Portugal: para el continente:** el «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de seguridad social) del lugar de residencia; **para Madeira:** La «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social), en Funchal; **para las Azores:** la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección general de Seguridad Social), en Angra do Heroismo

en **Finlandia,** la oficina local de la «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social)

en **Suecia:** el «försäkringskassan» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia

en el **Reino Unido,** «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, mutualidad Servicio internacional), Newcastle-Upon-Tyne, o la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso;

en **Islandia,** el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de Seguridad Social), Reyckiavik

en **Liechtenstein,** la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de economía nacional), Vaduz

en **Noruega:** la «lokale Trygdekontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia.

d) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el punto 5 y durante el período indicado en el recuadro 6, frente a la casilla marcada con una cruz.

e) Ud. o los miembros de su familia deberán comunicar a la institución aseguradora a la que se remita el formulario cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie: abandono o cambio de empleo, cambio de su lugar de residencia o de estancia o del de un miembro de su familia, etc.

▼M1

E 106

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará la parte A del formulario: B= Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega.

(2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a solicitud de la institución del lugar de residencia.

(2 bis) Completar si se conoce.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.

Para los nacionales portugueses indicar todos los nombres (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o pasaporte.

(3 ter) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) A cumplimentar únicamente si el formulario afecta a los miembros de la familia del desempleado; en ese caso, facilitar datos de un solo miembro de la familia para que puedan quedar registrados, dado que los miembros de la familia beneficiarios son designados por la legislación que aplique la institución del lugar de residencia.

(5) Los miembros de la familia con derecho a las prestaciones se determinan por la legislación del país de residencia.

(6) En el caso de que el formulario se expida por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.

(7) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores por cuenta propia o una institución del Reino Unido de trabajadores por cuenta ajena o propia.

(7 bis) Completar si se tiene.

(8) A cumplimentar por las instituciones francesas de trabajadores independientes.

(8 bis) En el caso de que el formulario sea cumplimentado por una institución de Liechtenstein, ha de consignarse el nombre de la institución competente en materia de seguros de accidentes de trabajo.

(9) Si este formulario se utiliza para renovar una certificación expedida con anterioridad, no es necesario cumplimentar la parte B.

(10) Cuando el Estado competente sea Lichtenstein, el coste de las prestaciones en especie relacionadas con un accidente no laboral correrá a cargo de la institución indicada en la casilla 8.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» página 3

E 107 ☐ (1)

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 22.1.a.i, b.i y c.i; artículo 22.3; artículo 25.1.a y 3.i; artículo 26.1; artículo 28.1.a; artículo 29.1.a; artículo 31.a; artículo 52.a; artículo 55.1.a.i, b.i y c.i.
Reglamento 574/72: artículo 17.1; artículo 20.2 y 3; artículo 21.1; artículo 22.1 y 3; artículo 23; artículo 27 primera frase; artículo 28; artículo 29.2; artículo 30.1; artículo 31.1 y 3; artículo 60.1; artículo 62.3, 4 y 7; artículo 63.1 y 3.

La institución del lugar de residencia o de estancia cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución competente, teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos del Reglamento 574/72 citados en la referencia. Si esta institución estima que no puede enviar el formulario solicitado, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos ejemplares a la institución que se los ha enviado. Cuando el país competente sea Bélgica, el formulario deberá remitirse a la institución del seguro de enfermedad, salvo en el caso de que se trate de un accidente de trabajo comprobado o de una enfermedad cuyo carácter profesional haya sido reconocido.

A. A cumplimentar por la institución del lugar de residencia o estancia

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2

☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador fronterizo (asalariado) ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador fronterizo (no asalariado) ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)
☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (2 *bis*)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección habitual (2): .....
.....
2.4 Número de identificación (2 *ter*) .....
2.5 ☐ titular ☐ solicitante
de la pensión o de la renta de
☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia
☐ accidente de trabajo ☐ enfermedad profesional
nº ..... (3) categoría ..... (3)
2.6 Institución deudora de la pensión o de la renta
.....

3 ☐ Primer empresario (4) ☐ Última actividad no asalariada (4)

3.1 Nombre o razón social: .....
3.2 Dirección (2): .....
.....
3.3 Rama de actividad (5): .....
3.4 Institución del seguro de accidentes de trabajo a la que esté afiliado el empresario (5 *bis*): .....
.....
.....
.....

▼B

E 107

4 Miembros de la familia (6)

4.1 Apellido(s) (2 bis)	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de identificación (2 ter)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Dirección en el país de residencia (2) (7): .....
.....

5 Hemos recibido el ..... una solicitud de la persona indicada
☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 4
y con el fin de obtener
5.1 ☐ la concesión de prestaciones en especie
5.2 ☐ la conservación del derecho a las prestaciones en especie
5.3 ☐ la inscripción en nuestra institución como beneficiario de las prestaciones en especie
6 Las prestaciones en especie ☐ han sido concedidas ☐ no han sido concedidas
6.1 con arreglo al artículo ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 del Reglamento 574/72
6.2 El solicitante ☐ no ha ejercido actividad hasta ahora
☐ ha ejercido la actividad siguiente .....
7 Rogamos nos envíen la certificación de derecho a prestaciones en el formulario E.....
con validez desde el ..... hasta el .....
8 ☐ Se acompaña informe médico (8)

9 Institución del lugar de residencia o de estancia

9.1 Denominación: .....
9.2 Dirección (2): .....
.....
9.3 Sello
9.4 Fecha: .....
9.5 Firma
.....

B. A cumplimentar por la institución competente

10

10.1 ☐ Adjunto remitimos el formulario antes citado con el ruego de que nos devuelva un ejemplar debidamente cumplimentado y firmado (9)
10.2 ☐ No nos es posible expedir la certificación solicitada en la parte A, porque
.....
.....

11 Institución competente

11.1 Denominación: ..... Nº de código (10): .....
11.2 Dirección (2): .....
.....
11.3 Sello
11.4 Fecha: .....
11.5 Firma
.....

▼B

E 107

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimente la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como figuran en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 *ter*) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (D.N.I.), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».
Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(3) A cumplimentar únicamente cuando la institución deudora de la pensión o de la renta sea una institución italiana.

(4) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se refiera a un trabajador asalariado o no asalariado en activo o un trabajador en desempleo.

(5) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se refiera a un trabajador asalariado que se suponga que ha sido víctima de un accidente de trabajo.

(5 *bis*) Para España: «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social».

(6) A cumplimentar únicamente en el caso de miembros de la familia por los que se haya presentado una solicitud de prestaciones o de inscripción. A efectos de inscripción, indicar solamente un miembro de la familia.

(7) A cumplimentar únicamente si la dirección de los miembros de la familia difiere de la del cabeza de familia.

(8) Solamente se acompañará si procede. En este caso, poner una cruz en la casilla correspondiente.

(9) Para uso de las instituciones neerlandesas y si la naturaleza del formulario que se envía lo permite.

(10) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 108 ☐ (1)

NOTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN DE SUPRESIÓN DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD — MATERNIDAD

Personas que residen en un país que no es el Estado competente

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.a y 2; artículo 25.3.i; artículo 26.1; artículo 28.1.a; artículo 29.1.a.
Reglamento 574/72: artículo 17.2 y 3; artículo 27; artículo 28; artículo 29.5; artículo 30; artículo 94.4; artículo 95.4

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares del mismo a la institución del lugar de residencia (en su caso, a través del organismo de enlace). La institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución competente a la mayor brevedad.

A. Notificación

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2
☐ Trabajador asalariado
☐ Trabajador no asalariado
☐ Trabajador fronterizo (asalariado)
☐ Trabajador fronterizo (no asalariado)
☐ Trabajador en desempleo
☐ Solicitante de pensión o de renta
☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)

2.1 Apellido(s) (2 *bis*)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país de residencia (2): .....
.....
2.4 Número de identificación (2 *ter*): .....

3 Miembro de la familia (3)

3.1 Apellido(s) (2 *bis*)
.....
3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia (2): .....
.....
3.4 Número de identificación (2 *ter*): .....

4 El derecho a prestaciones certificado en nuestro formulario ..... de ..... ha sido suspendido o suprimido por el motivo siguiente:

4.1 ☐ El trabajador arriba indicado ha dejado de estar asegurado desde: .....
4.2 ☐ La pensión o la renta del titular arriba indicado ha sido suspendida o suprimida desde el: .....
4.3 ☐ Todas las personas inscritas en esa institución no residen en su país desde el:
.....
4.4 ☐ El titular del derecho a prestaciones ha fallecido el: .....
4.5 ☐ (4) .....

▼B

E 108

5	Institución competente		
5.1	Denominación:	Nº de código (5):	.....
5.2	Dirección (2):		
5.3	Sello	5.4 Fecha:	.....
		5.5 Firma:	

B. Acuse de recibo

6 La notificación de la parte A anterior la hemos recibido el:

.....

7 ☐ La persona indicada en la parte A ☐ Las personas indicadas en la parte A

☐ no se ha beneficiado ☐ no se han beneficiado

☐ no se beneficiará ☐ no se beneficiarán

de prestaciones a partir del:

..... (fecha)

8	Institución del lugar de residencia		
8.1	Denominación:		
8.2	Dirección (2):		
8.3	Sello	8.4 Fecha:	.....
		8.5 Firma:	

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale»

(3) A cumplimentar únicamente cuando la supresión o la suspensión del derecho a las prestaciones en especie, notificada por el presente formulario, no afecte más que a los miembros de la familia; en este caso, indicar solamente uno de éstos.

(4) Otros motivos, si procede (por ejemplo: falta de pago de cotizaciones para los trabajadores no asalariados).

(5) Completar si se tiene.

▼M1

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE (*)

Véanse las «instrucciones» en la página 3

E 109 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL TRABAJADOR POR CUENTA AJENA O PROPIA Y LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS

Reglamento 1408/71: artículo 19.2
Reglamento 574/72: artículo 17.1, 2, 3 y 4; artículo 94.4

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al trabajador o lo hará llegar (en su caso a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se ha expedido a petición de ésta. En caso de que los miembros de la familia del trabajador residan en el Reino Unido, la institución competente enviará los dos ejemplares al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, en Newcastle-upon-Tyne. La institución del lugar de residencia, una vez en su poder estos dos ejemplares, cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución competente. Si los miembros de la familia residen en diferentes países, procederá expedir una certificación distinta para cada uno de dichos países.

A. **Notificación del derecho**

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1. Denominación:
.....

1.2. Dirección (3): .....
.....

1.3. Referencia: su formulario E 107 de .....

2. ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia
☐ Trabajador de temporada por cuenta propia ☐ Trabajador fronterizo

2.1. Apellidos (3 bis)
.....

2.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

2.2. Dirección (3): .....
.....

2.4. Número de identificación (3 ter) .....

2.5. El trabajador ☐ es ☐ no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado

2.6. ☐ El trabajador depende de un régimen de trabajadores por cuenta propia, mencionado en el anexo 11 del Reglamento (EE) nº 574/72

3. Miembro de la familia (4)

3.1. Apellido(s) (3 bis)
.....

3.2. Nombre ..... Apellidos anteriores ..... Fecha de nacimiento .....

3.2. Dirección (3): .....
.....

4. Los miembros de la familia del trabajador arriba mencionado tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a menos
☐ que tengan ya derecho en virtud de la legislación del país donde residen (5)
☐ que ejerzan una actividad profesional (5)

5. Este derecho comienza el .....

6. Y continúa en vigor

6.1. ☐ hasta la anulación de la presente certificación
6.2 ☐ durante un año a partir de la fecha señalada en el punto 5 (6)
6.3. ☐ hasta la fecha prevista de finalización del trabajo de temporada, es decir
6.4. ☐ hasta el (7) ..... inclusive

▼M1

E 109

7.	Institución competente

7.1. Denominación: ..... Nº de código (7 bis): .....

7.2. Dirección (3): .....

.....

7.3. Sello

7.4. Fecha: .....

7.5. Firma

.....

B. **Notificación de la inscripción** (8)

8.	☐ (9)

8.1. Los miembros de la familia del trabajador indicado en el recuadro 2 no han sido inscritos, porque

8.2. ☐ ningún miembro de la familia tiene derecho a las prestaciones

8.3. ☐ todos los miembros de la familia tienen derecho a las prestaciones en especie conforme a las disposiciones de la legislación de nuestro país

8.4. ☐ el cónyuge o la persona que tiene la custodia de los hijos ejerce una actividad profesional en nuestro país (10)

8.5. ☐ la «situación familiar» necesaria no ha sido presentada

8.6. ☐ (11) .....

9.	☐ (9)

9.1 Se han inscrito los siguientes miembros de la familia del trabajador indicado en el recuadro 2

9.2. Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Sexo F	Sexo M	Fecha de nacimiento	Número de identificación
9.3.	.....	☐	☐	.....	.....
9.4.	.....	☐	☐	.....	.....
9.5.	.....	☐	☐	.....	.....
9.6.	.....	☐	☐	.....	.....
9.7.	.....	☐	☐	.....	.....
9.8.	.....	☐	☐	.....	.....
9.9.	.....	☐	☐	.....	.....

9.10. El coste de estas prestaciones corre a cargo de Uds.; la fecha que se toma como punto de partida del cálculo de la cuantía mencionada en el artículo 94 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es el .....

10.	Institución del lugar de residencia

10.1. Denominación: .....

10.2. Dirección (3): .....

.....

10.3. Sello

10.4. Fecha: .....

10.5. Firma

.....

▼M1

E 109

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

Instrucciones para el trabajador

a) El presente formulario permite a los miembros de su familia beneficiarse de las prestaciones en especie en caso de enfermedad-maternidad en el país en que residen y conforme a la legislación de dicho país, a menos que tengan ya derecho en virtud de esa misma legislación.

b) En cuando esté Ud. en posesión de los dos ejemplares del presente formulario, deberá Ud. enviarlos a los miembros de su familia que los presentarán inmediatamente ante la institución de seguro de enfermedad-maternidad del lugar de su residencia, es decir:

en **Bélgica**, la mutualidad elegida

en **Dinamarca**, la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: el «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: la «kommunalbestyrelse»

en **Alemania**, la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia elegido por el interesado

en **Grecia**, por regla general, la oficina regional o local del instituto de seguros sociales (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la que las prestaciones en especie no pueden concederse

en **España**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social»

en **Francia**, «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es «sí», el formulario podrá enviarse a la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero)

en **Irlanda**, «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación

en **Italia**, por norma general, la «Unità sanitaria locale» (USL, Unidad local de administración de la salud) competente según el territorio

en **Luxemburgo**, «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)

en los **Países Bajos**, una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia

en **Austria**, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente en su lugar de residencia

en **Portugal, para el continente**, «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de la Seguridad Social) del lugar de residencia; **para Madeira**, la «Direcção Regional de Segurança Social» (dirección regional de seguridad social) Funchal; **para las Azores**: «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social) Angra do Heroismo

en **Finlandia**, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Institución de seguro social)

en **Suecia**, «försäkringskassan» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia

en **Islandia**, la «Tryggingastofnun rikisins» (Institución Nacional de Seguridad Social), Reijiavik

au **Liechtenstein**, la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz

en **Noruega**, el «lokale Trygdekontor» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia

c) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el punto 5 y durante el período indicado en el recuadro 6, frente a la casilla marcada con una cruz.

d) Ud. y los miembros de su familia deberán comunicar a la institución del lugar de residencia a la que se remita el formulario cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie: abandono o cambio de empleo, cambio de su lugar de residencia o estancia o del de un miembro de su familia, etc.

▼M1

E 109

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega.

(2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a solicitud de la institución del lugar de residencia.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses indicar todos los nombres (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aperecen en el documento de identidad o pasaporte.

(3 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) Indicar un solo miembro de la familia.

(5) Poner una cruz en la casilla que proceda, si el formulario va dirigido a una institución danesa, irlandesa o del Reino Unido.

(6) En el caso de que el formulario sea expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.

(7) En el caso de que el formulario sea expedido por una institución francesa de trabajadores por cuenta propia o una institución de Grecia o del Reino Unido de trabajadores por cuenta ajena o propia.

(7 *bis*) Completar si se tiene.

(8) Si la presente certificación se expide para renovar la certificación expedida con anterioridad y cuya validez ha expirado, la institución del lugar de residencia no tendrá que cumplimentar la parte B.

(9) Cumplimentar la casilla 8 o 9 según el caso y poner una cruz en la casilla correspondiente.

(10) Poner, en su caso, una cruz en la casilla que procede, si la parte B es cumplimentada por una institución danesa, irlandesa o del Reino Unido.

(11) Otros motivos.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en las páginas 2 y 3

E 110 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS TRABAJADORES ASALARIADOS DE LOS TRANSPORTES INTERNACIONALES

Reglamento 1408/71: artículo 14.2.a; artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 55.1.a.i
Reglamento 574/72: artículo 20.1; artículo 62.1

El formulario deberá ser cumplimentado por el empresario, que, en su caso, renovará su validez; y deberá remitirse al trabajador.

A. Primera certificación

1 Trabajador

1.1 Apellido(s) (1 *bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 *bis*) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 *ter*) .....

1.4 Dirección habitual (2): .....
.....

2 Miembros de la familia que acompañan al cabeza de familia

	Apellido(s) (1 *bis*)	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
2.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3 Institución competente

3.1 en materia de accidentes de trabajo (denominación y dirección) (2)
.....
.....

3.2 en materia de seguro de enfermedades profesionales (denominación y dirección) (2) (3)
.....
.....

4 El abajo firmante certifica que el trabajador asalariado arriba indicado, está a su servicio desde el:
.....

▼B

E 110

5	Empresario	
5.1	Nombre o razón social:	
5.2	Actividad de la empresa:	
5.3	Dirección (2):	
5.4	Sello	5.5 Fecha: ..... 5.6 Firma del empresario o de la persona en quien delegue .....

6	Institución competente en materia de seguro de enfermedad — maternidad (4) (5)	
6.1	Denominación:	
6.2	Dirección (2):	
6.3	Número de afiliación del trabajador asalariado:	6.4 Fecha: .....
6.5	Firma del trabajador asalariado	6.6 Firma del empresario o de la persona en quien delegue .....

B. Validaciones sucesivas (6)

7 El empresario mencionado en el recuadro 5 certifica que el trabajador arriba indicado sigue a su servicio en la fecha que se indica a continuación

8 Fecha	8.1 Firma del empresario o de la persona en quien delegue
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

Instrucciones para el trabajador:

a) El presente documento tendrá validez durante el mes de su expedición y los dos meses civiles siguientes (ver los puntos 5.5 y 8).

b) Dentro de los límites de su validez, le permitirá, al igual que a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, beneficiarse de prestaciones en especie en el territorio del Estado miembro en que se encuentra ejerciendo su trabajo.

c) Cuando tenga necesidad de prestaciones en especie, deberá presentar este documento a la mayor brevedad, en la institución del seguro del país en que se encuentre, es decir:

— **para las prestaciones en caso de enfermedad o de maternidad:**

en **Bélgica,** *en la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: el «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: la «kommunalbestyrelse». La asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico podrá solicitarse sin contacto previo con dichas instituciones. El formulario deberá presentarse con cada solicitud de prestación. La información sobre los médicos y los dentistas a quienes debe dirigirse, podrá obtenerla en la «social-og sundhedsforvaltning» (Oficina local de los servicios sociales y de la salud);*

▼B

E 110

en **Alemania,** *la institución del seguro de accidentes competente en su lugar de estancia;*

en **Grecia,** *generalmente en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA), que enviará al interesado una cartilla de sanidad, sin la cual no se conceden las prestaciones en especie;*

en **España,** *la red sanitaria (médicos y hospitales) de la Seguridad Social. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *en la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del Seguro de Enfermedad);*

en **Irlanda,** *en la «Health Board» (Servicio de Salud), en cuya localidad se haya solicitado la prestación;*

en **Italia,** *en la «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la salud) competente según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros);*

en los **Países Bajos,** *ANOZ Verzekeringen, Utrecht. La asistencia del médico, dentista y del farmacéutico podrá solicitarse sin contactar a ANOZ Verzekeringen;*

en **Portugal, para el continente:** *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), Angra do Heroísmo;*

en el **Reino Unido,** *en el servicio médico (médico, dentista, hospitalización, etc.) al que se solicite tratamiento;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de estancia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social), cuando se solicite compensación por los gastos médicos afrontados en el sector privado. Las prestaciones en especie pueden obtenerse en los centros municipales de salud y en los hospitales públicos mediante la presentación del presente certificado. Para más información, dirigirse a las oficinas locales del «kansaneläkelaitos»;*

en **Islandia,** *la «Trygginagastofnun rikisins» (Institución Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *le «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada. El formulario deberá presentarse al solicitar la asistencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad social). Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

— **para las prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional:**

en Bélgica, *en la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *ver anteriormente para las prestaciones de enfermedad o de maternidad;*

en **Alemania,** *la institución del seguro de accidentes competente en su lugar de estancia;*

en **Grecia,** *por regla general, en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se conceden las prestaciones;*

en **España,** *la red sanitaria (médicos y hospitales) de la Seguridad Social. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *en la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del seguro de enfermedad-maternidad);*

en **Irlanda,** *en la «Health Board» (Servicio de salud), de la localidad en que se solicite la prestación;*

en **Italia,**

a) para las prestaciones en especie, en la «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidad local de administración de la salud) competente según el territorio;

b) para las prótesis, los grandes aparatos, las prestaciones médico-legales y los reconocimientos y certificados médicos, en la sede provincial del «Instituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (Instituto nacional del seguro contra los accidentes de trabajo) (INAIL);

en **Luxemburgo,** *en la «Association d'assurance contre les accidents» (Asociación del seguro contra los accidentes);*

en los **Países Bajos,** *ANOZ Verzekeringen, Utrecht. La asistencia del médico, dentista o farmacéutico podrá solicitarse sin contactar previamente a ANOZ Verzekeringen;*

en **Portugal,** *la «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Caja nacional de seguros de enfermedades profesionales), Lisboa;*

en el **Reino Unido,** *el servicio médico (médico, dentista, hospital, etc.) al que se solicite el tratamiento.*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de estancia, o la «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (institución general del seguro de accidentes), Viena;*

en **Finlandia,** *la «Tapaturmavakuustuslaitosten hitto» (federación de instituciones del seguro de accidentes);*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada. El formulario deberá presentarse al solicitar la asistencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

d) Si su empresario no lo ha hecho, usted deberá cumplimentar el recuadro 6 del formulario.

e) Para obtener las prestaciones en especie, en lugar del presente formulario, podrá presentar el formulario E 111.

▼B

E 110

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país en el que tiene la sede la empresa: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 *ter*) Para los nacionales españoles, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (D.N.I.), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) A cumplimentar únicamente si se trata de una institución distinta de la mencionada en el punto 3.1.

(4) Si el empresario, de acuerdo con la legislación del país competente, no está obligado a conocer la institución competente en materia de seguro de enfermedad-maternidad, este recuadro deberá cumplimentarlo el trabajador.

(5) Para los Países Bajos indicar la caja de enfermedad (Ziekenfonds).

(6) Esta parte no podrá ser cumplimentada a no ser que se produzca algún cambio en las indicaciones dadas en la parte A.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en las páginas 2 y 3

E 111 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE DURANTE LA ESTANCIA EN UN ESTADO MIEMBRO

Reglamento 1408/71: artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 31.a
Reglamento 574/72: artículo 20.4; artículo 21.1; artículo 23; artículo 31.1 y 3

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados) ☐ Otro
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)

[Apellido(s) (1 *bis*), Apellidos anteriores (1 *bis*), D.N.I. (2 *bis*), dirección (2)]

1.1 Número de identificación (2 *ter*): ..... Fecha de nacimiento: .....

1.2 ☐ Esta persona depende de un régimen de no-asalariados mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

2 Miembros de la familia (3)

2.1 Apellidos (1 *bis*)	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento	Número de identificación (2 *ter*)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Dirección habitual (2) (4) .....
.....

3 Las antedichas personas tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad
Dichas prestaciones podrán servirse

3.1 (5) ☐ del ..... al ..... inclusive

3.2 (5) ☐ a partir de .....

▼B

E 111

4	Institución competente		
4.1	Denominación:	Nº de código (6):	.....
4.2	Dirección (2):		
4.3	Sello	4.4 Fecha:	
		4.5 Firma:	

4.6	Validación del		al	4.10	Validación del		al .....
4.7	Sello	4.8	Fecha	4.11	Sello	4.12	Fecha .....
		4.9	Firma			4.13	Firma .....

5	Institución francesa competente para los accidentes no laborales de los agricultores no asalariados		
5.1	Denominación:	Nº de código (6):	.....
5.2	Dirección (2):		
5.3	Sello	5.4 Fecha:	
		5.5 Firma:	

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las lineas de puntos. Se compone de 3 paginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

La institución competente o, en su caso, la institución del lugar de residencia del pensionista, o del miembro de la familia del trabajado cumplimentará este formulario y lo entregará al interesado o lo enviará a la institución del lugar de estancia, si el formulario se ha expedido a petición de aquélla. Este formulario no se exige si la persona de que se trata se encuentra en estancia en el Reino Unido.

Indicaciones para el asegurado y para los miembros de su familia:

a) El presente documento faculta:

— *en caso de necesidad urgente, al trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia y a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en otro Estado miembro distinto al Estado competente, y*

— *al pensionista y a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en otro Estado miembro distinto de aquel en el que residan habitualmente,*

a obtener de los organismos aseguradores del país de estancia, las prestaciones en especie en caso de enfermedad o maternidad, y , con carácter provisional, en caso de accidente de trabajo o enfermedad provisional. No obstante, este documento no otorga derecho a obtener prestaciones en especie cuando el interesado se hubiera trasladado a otro país con la intención de recibir tratamiento médico en él.

b) Cuando uno de los interesados tenga que recurrir a las prestaciones, la hospitalización inclusive, este documento deberá presentarse al organismo asegurador del país de estancia, es decir:

en **Bélgica,** *la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: al «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: al «kommunalbestyrelse». Se puede solicitar la asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico, sin contacto previo con dichas instituciones. Se deberá presentar el formulario cada vez que se solicite una prestación. Las informaciones sobre los médicos y dentistas a quienes hay que dirigirse se obtendrán en el «Social- og Sundhedsforvaltning» (Oficina local de servicios sociales y de sanidad);*

en **Alemania,** *la «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

en **Grecia,** *por regla general, a la oficina regional o local del Instituto de seguros sociales (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual, no se otorgarán las prestaciones en especie;*

▼B

E 111

en **España,** *servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Debe presentar el formulario y una fotocopia del mismo;*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del seguro de enfermedad);*

en **Irlanda,** *al «Health Board» (Servicio de sanidad) en cuya localidad se haya presentado la solicitud de prestación;*

en **Italia,** *por regla general, a la «Unitá sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de sanidad) competente según el territorio; para los marinos y para el personal de vuelo de la aviación civil, al «Ministero della Sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad — Oficina de Sanidad de Marina o de Aviación) competente según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros);*

en **los Países Bajos,** *ANOZ Verzekeringen, Utrecht. La asistencia del médico, dentista o farmacéutico, podrá solicitarse sin contactar previamente a ANOZ Verzekeringen;*

en **Portugal, para el continente:** *«Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), Angra do Heroísmo;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de estancia;*

en **Finlandia,** *Oficina local del kansanelakela, tos (Instituto de Seguro Social) si se solicita vía compensación de los gastos médicos ocasionados en el sector privado. Las prestaciones en especie se pueden obtener presentando el presente certificado en los centros sanitarios municipales o eu los hospitales públicos;*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *le «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada. El formulario deberá presentarse al solicitar la asistencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social) Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

c) Para obtener prestaciones económicas, el interesado deberá solicitarlo, en un plazo de tres días desde el comienzo de la incapacidad laboral, a la institución del lugar de estancia, enviando una notificación del cese de la actividad laboral o, si así lo dispusiera la legislación que aplique la institución competente o la institución del lugar de estancia, un certificado de incapacidad laboral expedido por el médico que asista al interesado.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno»;

(2 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(3) Indicar únicamente los miembros de la familia que se desplacen temporalmente a otro Estado miembro.

(4) Deberá indicarse únicamente cuando la dirección de los miembros de la familia sea distinta de la del trabajador o del titular de la pensión o la renta.

(5) Las dos indicaciones se excluyen mutuamente. Indicar únicamente la que proceda, y señalar con una cruz, la casilla correspondiente.

(6) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

RÉGIMEN NO-ASALARIADOS

Ver «instrucciones» al dorso

E 111 **B** (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE DURANTE LA ESTANCIA EN UN ESTADO MIEMBRO

Reglamento 1408/71: artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 31.a
Reglamento 574/72: artículo 20.4; artículo 21.1; artículo 23; artículo 31.1 y 3

1 ☐ Trabajador ☐ Titular de pensión o de renta [(Apellido(s) (1 *bis*), Apellidos anteriores (1 *bis*), nombre, dirección (2)]

1.1 Número de identificación: ..... Fecha de nacimento: .....

2 Miembros de la familia (3)

2.1 Apellido(s) (1 *bis*)	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento	Numéro de identificación (1 *ter*)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Dirección habitual (2) (4): .....
.....

HOSPITALIZACIÓN ÚNICAMENTE

3 Las antedichas personas tendrán derecho a prestaciones en especie únicamente en caso de hospitalización
Dichas prestaciones podrán servirse
3.1 del ..... al ..... inclusive

4 Institución competente

4.1 Denominación: ..... Nº de código (5): .....
4.2 Dirección (2): .....
.....
4.3 Sello

4.4 Fecha: .....
4.5 Firma
.....

4.6 Validación del ..... al	4.10 Validación del ..... al .....
4.7 Sello 4.8 Fecha	4.11 Sello 4.12 Fecha .....
4.9 Firma	4.13 Firma .....

▼B

E 111 **B**

RÉGIMEN NO-ASALARIADOS

4.14 Validación del ..... al	4.18 Validación del ..... al .....
4.15 Sello 4.16 Fecha	4.19 Sello 4.20 Fecha .....
4.17 Firma	4.21 Firma .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

La institución competente, o, en su caso, la institución del lugar de residencia del titular de una pensión o de una renta, cumplimentará el formulario y lo entregará al interesado, o lo enviará a la institución del lugar de estancia si el formulario se ha expedido a petición de aquélla. En caso de estancia en el Reino Unido, este formulario no será necesario.

Indicaciones para el asegurado y para los miembros de su familia:

a) *El presente documento permitirá:*

— *al trabajador no-asalariado y a los miembros de su familia mencionados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en un país distinto del Estado competente,*

— *al titular de una pensión o una renta del régimen no-asalariados, y a los miembros de su familia mencionados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en un país distinto de aquél donde tienen su residencia habitual,*

obtener de los organismos aseguradores del país de estancia, las prestaciones en especie únicamente en caso de hospitalización.

b) *Cuando uno de los interesados tenga que ser hospitalizado, se deberá presentar este documento al organismo asegurador del país de estancia, es decir:*

en **Dinamarca,** *a la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: al «magistrat», en el municipio de Frederiksberg: al «kommunalbestyrelse». El formulario deberá presentarse cada vez que se solicite una prestación;*

en **Alemania,** *a la «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

en **Grecia,** *a la oficina regional o local del Instituto de seguros sociales (IKA) que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se le concederán las prestaciones;*

en **España,** *la red sanitaria (hospitales) de la Seguridad Social. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *en la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del Seguro de Enfermedad);*

en **Irlanda,** *el «Health Board» (Servicio de Salud) en cuya localidad se haya solicitado la prestación;*

en **Italia,** *la «Unità Sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la salud) competente según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *la «Caisse de maladie des ouvriers» (la Caja de enfermedad obrera);*

en los **Países Bajos,** *ANOZ Verzekeringen, Utrecht;*

en **Portugal, para el continente:** *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), Angra do Heroísmo.*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de estancia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social) y el hospital que preste la asistencia. El formulario deberá presentarse en cada solicitud de prestaciones;*

en **Islandia,** *la «Tryggingsastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de estancia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social) del lugar de estancia.*

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afilicación y/o el «codice fiscale».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Indicar únicamente los miembros de la familia que se desplacen temporalmente a otro Estado miembro.

(4) Deberá indicarse únicamente cuando la dirección de los miembros de la familia sea distinta de la del trabajador o del titular de una pensión o una renta.

(5) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 112 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LAS PRESTACIONES EN CURSO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD

Reglamento 1408/71: artículo 22.1.b.i; artículo 22.1.c.i; artículo 22.3; artículo 31
Reglamento 574/72: artículo 22.1 y 3; artículo 23

La institución competente o, en su caso, la institución del lugar de residencia del pensionista, o del miembro de la familia, cumplimentará este formulario y lo entregará al asegurado, pensionista o miembro de la familia del pensionista. Si el aseguado o el pensionista se desplaza al Reino Unido, se deberá enviar igualmente un ejemplar del formulario al «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, Agencia de Prestaciones, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Trabajador no-asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no-asalariados)
☐ otros

1.1 Apellido(s) (1 *bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Dirección en el país competente (2)
.....
.....

1.4 Dirección en el país adonde se desplaza del trabajador o el pensionista (2) (3)
.....
.....

1.5 Número de identificación (3 *bis*) .....

1.6 ☐ Esta persona depende de un régimen de no-asalariados mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

2 Miembro de la familia que se desplaza a otro Estado miembro

2.1 Apellido(s) (1 *bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 Dirección en el país competente (2) (4)
.....
.....

2.4 Dirección en el país adonde se desplaza el interesado (2)
.....

2.5 Número de identificación (3 *bis*) .....

3 La persona mencionada ☐ en el recuadro 1 ☐ en el recuadro 2
está autorizada a conservar el beneficio de las prestaciones
☐ del seguro de enfermedad-maternidad ☐ del seguro de accidentes no-laborales (5)

en ..... (país) adonde dicha persona se desplaza

3.1 ☐ para establecer allí su residencia

3.2 ☐ para ser atendida allí por (6)
.....
.....
o en cualquier otro establecimiento de naturaleza similar, en caso de traslado que sea necesario para su tratamiento desde el punto de vista médico; respecto del mismo tratamiento.

3.3 ☐ enviar muestras biológicas para la realización de análisis.

4 Dichas prestaciones podrán serle servidas, a la vista de la presente certificación,

4.1 del ..... al ..... inclusive

4.2 del ..... al ..... inclusive **únicamente** en caso de hospitalización (7)

▼B

E 112

5	El informe de nuestro inspector médico
5.1	☐ se adjunta a la presente en sobre cerrado
5.2	☐ ha sido enviado el ..... a ([8]) .....
	.....
5.3	☐ puede sernos pedido
5.4	☐ no ha sido emitido

6	Institución competente		
6.1	Denominación:	Nº de código ([9]):	.....
6.2	Dirección ([2]):		
	.....		
6.3	Sello	6.4	Fecha: .....
		6.5	Firma
			.....

▼B

E 112

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el asegurado:

Deberá presentar, a la mayor brevedad, esta certificación a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar adonde Vd. se desplace, es decir:

en **Bélgica,** *en la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *en la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: al «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: al «kommunalbestyrelse». En caso de tratamiento en Dinamarca, presentar el formulario a la institución donde se seguirá el tratamiento;*

en **Alemania,** *«Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

en **Grecia,** *por regla general, en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA) que entregará al interesado una cartilla de sanidad, sin la que no se otorgarán las prestaciones en especie;*

en **España,** *la red sanitaria (médicos y hospitales) de la Seguridad Social. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (la Caja primaria del seguro de enfermedad);*

en **Irlanda,** *en el «Health Board» (Servicio de Sanidad) en cuya localidad se haya solicitado la prestación;*

en **Italia,** *en la «Unitá sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la salud) competente, según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad obrera);*

en **los Países Bajos,** *una caja de enfermedad competente en el lugar de residencia o, en caso de estancia temporal, ANOZ Verzekeringen, Utrecht;*

en **Portugal, para el continente:** *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia o de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de Salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), Angra do Heroísmo;*

en el **Reino Unido,** *en el servicio médico (médico, dentista, hospital, etc.) en el que se solicita el tratamiento;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia o del lugar de estancia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social). El formulario deberá presentarse al centro municipal de salud o al hospital público que preste la asistencia;*

en **Islandia,** *la «Tryggingsastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykjavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkntor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social). El formulario deberá presentarse a la institución que preste la asistencia.*

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) A indicar solamente cuando el formulario se refiera al trabajador o al pensionista en persona.

(3 *bis*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) A indicar solamente cuando la dirección del miembro de la familia sea distinta de la del trabajador o pensionista.

(5) A cumplimentar por las instituciones francesas de los trabajadores agrícolas no-asalariados.

(6) A especificar si fuera posible.

(7) A cumplimentar por las instituciones belgas de los trabajadores no-asalariados.

(8) Denominación y dirección de la institución a la que se ha enviado el informe médico.

(9) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZACIÓN, NOTIFICACIÓN DE INGRESO Y DE SALIDA

Reglamento 1408/71: artículo 19; artículo 22; artículo 25.1 y 3.i; artículo 26; artículo 31.a; artículo 52.a; artículo 55.1
Reglamento 574/72: artículo 17.6; artículo 20.5; artículo 21.2; artículo 22.2 y 3; artículo 23; artículo 26.3; artículo 27; artículo 28; artículo 31.2 y 3; artículo 60.5; artículo 62.7; artículo 63.2

Este formulario deberá extenderse en caso de reembolso de prestaciones en especie en base a gastos reales. Deberá cumplimentarse por la institución del lugar de residencia o de estancia: la parte A para notificar el ingreso en el centro hospitalario, la parte B para notificar la salida; deberá enviarse a la institución competente. Si la institución competente fuese una institución danesa o del Reino Unido, no será necesario extender este formulario.

1 Institución competente

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Trabajador no-asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no-asalariados)
☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
2.4 Número de identificación (2 ter): .....

3 Miembro de la familia hospitalizado

3.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (3)
.....
3.4 Número de identificación (2 ter) .....

4 Referencia
4.1 ☐ su formulario ..... del ..... (4)
4.2 ☐ nuestro formulario E 107 del .....

A. Notificación de ingreso

5 La persona mencionada ☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 3
5.1 ha sido hospitalizada el .....
5.2 en el centro siguiente (5) .....
5.3 a consecuencia de ☐ enfermedad ☐ maternidad ☐ accidente de trabajo (6)
☐ enfermedad profesional (7) ☐ accidente no-laboral (8)

5.4 La hospitalización se prolongará probablemente hasta el .....
5.5 ☐ (9) Documentos acreditativos o informe médico adjuntos

B. Notificación de salida

6 La hospitalización notificada
☐ en nuestro formulario E 113, con fecha de .....
☐ en el apartado A, aquí arriba,
ha finalizado el .....

▼B

E 113

7	Institución del lugar de residencia o de estancia	
7.1	Denominación:	.....
7.2	Dirección (2):	.....
		.....
7.3	Sello	
	7.4 Fecha:	.....
	7.5 Firma	
		.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 *ter*) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (D.N.I.) si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno». Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale». Para las personas aseguradas en Suecia, consignar el número nacional de identificación personal.

(3) A indicar cuando la dirección del miembro de la familia sea distinta de la mencionada en el recuadro 2.

(4) Número y fecha de emisión del formulario que certifica el derecho a las prestaciones del asegurado.

(5) Denominación del Centro hospitalario.

(6) Si la víctima está asegurada en Bélgica o en Liechtenstein, indicar a continuación el nombre y la dirección del empresario:

Nombre o razón social:	.....
Dirección (2):	.....
	.....

(7) A indicar, si es posible.

(8) A cumplimentar para uso de las instituciones francesas de los trabajadores agrícolas no-asalariados y para los necesidades de las instituciones portuguesas

(9) Señálese con una cruz, si procede.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 114 ☐ (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES EN ESPECIE DE GRAN IMPORTANCIA

Reglamento 1408/71: artículo 19; artículo 22; artículo 24; artículo 25.1 y 3.i; artículo 26; artículo 31.a; artículo 52.a; artículo 55.1
Reglamento 574/72: artículo 17.7; artículo 20.5; artículo 21.2; artículo 22.2 y 3; artículo 23; artículo 26.3; artículo 27; artículo 28; artículo 31.2 y 3; artículo 60.6; artículo 62.7; artículo 63.2 y 3

Este formulario deberá extenderse en caso de reembolso de prestaciones en especie en base a gastos reales. La institución del lugar de residencia o de estancia cumplimentará la parte A y remitirá a la institución competente uno o dos ejemplares del formulario según esta notificación trate, respectivamente, el caso mencionado en el punto 7.1, o en el punto 7.2. Si la institución competente considera que no procede el servicio de las prestaciones, deberá cumplimentar la parte B y remitir un ejemplar del formulario a la institución del lugar de residencia o de estancia. Si la institución competente fuese una institución del Reino Unido, no será necesario extender el formulario.

A. Notificación

1 Institución competente

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2 (3) ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Trabajador no-asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no-asalariados)
☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (3 *bis*)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (3 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección del país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
2.4 Número de identificación (3 *ter*): .....

3 Miembro de la familia interesado

3.1 Apellido(s) (3 *bis*)
.....
3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (4)
.....
3.4 Número de identificación (3 *ter*) .....

4 Referencia:
4.1 ☐ su formulario ..... del ..... (5)
4.2 ☐ nuestro formulario E 107 del .....
5 Nuestros servicios médicos han reconocido, para la persona mencionada
☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 3
5.1 ☐ la necesidad ☐ la urgencia absoluta
5.2 de las siguientes prestaciones: .....
.....
5.3 cuyo coste ☐ probable ☐ efectivo, será, según nuestra legislación, de
..... (6)
6 ☐ Adjunto remitimos el informe médico de control (7)
7 Las prestaciones mencionadas en el punto 5.2 (8)
7.1 ☐ fueron ya servidas de urgencia .....
7.2 ☐ se servirán, a menos de recibir oposición motivada por parte de Vds., dentro de los 15 días siguientes a la fecha de envío de la presente notificación

▼B

E 114

8	Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

B. Posible oposición de la institución competente

9 En relación con el punto 7.2, tenemos el honor de hacerle saber que las prestaciones mencionadas en el punto 5.2 no podrán concederse

Motivo:

.....

.....

10	Institución competente

10.1 Denominación: ..... Nº de código (9): .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria, FIN = Finlandia, IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Si la víctima está asegurada en Bélgica o Liechtenstein, indicar a continuación el nombre y la dirección del empresario

Nombre o razón social: .....

Dirección (2): .....

.....

(3 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número di afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) Se indicará solamente cuando la dirección del miembro de la familia sea distinta de la mencionada en el recuadro 2.

(5) Número y fecha de emisión del formulario que certifica el derecho a las prestaciones del interesado.

(6) El importe se indicará en la moneda del país de estancia o de residencia.

(7) Si el informe médico viene adjunto al formulario, señalar con una cruz la correspondiente casilla.

(8) Cuando se trate de un trabajador no-asalariado belga, anotar **únicamente** las prestaciones en especie, en caso de hospitalización.

(9) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 115 ☐ (1)

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD LABORAL

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 25.1.b.; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii
Reglamento 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64

Si el formulario se refiere a un trabajador en activo, deberá extenderse un solo ejemplar y se enviará a la institución competente del seguro de enfermedad-maternidad o del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por el contrario, si se refiere a un desempleado, se necesitará extender dos ejemplares suplementarios, de los cuales uno se enviará a la institución competente en materia de seguro de desempleo, y el otro a la institución correspondiente del país adonde se ha desplazado el desempleado para buscar allí trabajo (ver igualmente notas 7 y 9).

1 Institución competente

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no-asalariado ☐ Trabajador en desempleo

2.1 Apellido(s) (2 *bis*)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país competente (2):
.....
.....
2.4 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
2.5 Número de identificación (2 *ter*) .....
2.6 Portador del formulario E 119 expedido el: ..... (3)
y del formulario E 303 expedido el: ..... (3)

3 Empresario (4)

3.1 Nombre o razón social: .....
3.2 Dirección (2): .....
.....
3.3 Actividad de la empresa: .....

A. ☐ (5) **Solicitud de prestaciones**

4 La persona mencionada en el recuadro 2 ha solicitado el: .....
la concesión de prestaciones en metálico por incapacidad laboral, a consecuencia

4.1 ☐ de enfermedad (6) ☐ de maternidad (fecha probable del parto): .....)
☐ de accidente de trabajo ☐ de accidente acaecido el .....
☐ de enfermedad profesional ☐ de adopción ☐ de compensación reducida en caso de maternidad o adopción (6)

5 El certificado del médico que la atiende
☐ se adjunta ☐ no ha podido proporcionarse

▼B

E 115

6 Según la opinión de nuestro inspector médico ☐ cuyo informe se adjunta ☐ cuyo informe se enviará a la mayor brevedad

6.1 ☐ la incapacidad laboral se ha iniciado el: .....
y se prolongará probablemente hasta el: .....

6.2 ☐ no existe incapacidad laboral (7)

7 ☐ El interesado no está conforme con las prescripciones de nuestra legislación y en particular
.....
.....

8 ☐ La incapacidad laboral se supone causada por un accidente en donde hay responsabilidad de terceros

8.1 ☐ Se encontrará adjunto un informe relativo a este accidente y la dirección del tercero responsable

9 ☐ Estamos dispuestos a servir las prestaciones en metálico al interesado por cuenta de Vds. Les rogamos nos hagan saber si están de acuerdo con este procedimiento, y en caso afirmativo, nos remitan cualquier información útil para el pago de dichas prestaciones (8)

10 ☐ No estamos en disposición de abonar al interesado las prestaciones económicas por cuenta de Vds.

B. ☐ (5) **Prórroga de la incapacidad laboral**

11 En relación con

11.1 ☐ nuestro formulario E 115 del .....

11.2 ☐ nuestro formulario E 117 del .....

11.3 tenemos el honor de informarles que, según la opinión de nuestro inspector médico

☐ cuyo informe se adjunta

☐ cuyo informe se les remitirá a la mayor brevedad

la persona mencionada en el recuadro 2, se verá, probablemente, incapacitada para el trabajo hasta el
.....

12 Institución del lugar de residencia o de estancia

12.1 Denominación .....

12.2 Dirección (2): .....
.....

12.4 Sello

12.3 Fecha: .....

12.5 Firma
.....

▼B

E 115

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale». Para las personas aseguradas en Suecia, consignar el número nacional de identificación personal.

(3) Cumplimentar solamente cuando el formulario se refiera a un desempleado.

(4) Para los desempleados, indicar el último empresario.

(5) Los apartados A y B se excluyen mutuamente: poner una cruz en la casilla correspondiente al apartado que cumplimente. Para los Países Bajos es indispensable cumplimentar el recuadro 4.

(6) En caso de una solicitud presentada a Noruega.

(7) Adjuntar una copia del formulario E 118 dirigido al interesado.

(8) Si el formulario se envía a una institución alemana o italiana, no ha de marcarse esta casilla (sino la 10).

(9) Para Italia, este formulario se enviará, en caso de enfermedad o maternidad, a la sede provincial competente del «Instituto nazionale della previdenza sociale» (INPS), y en caso de accidente laboral o enfermedad profesional, al «Instituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL). Para los Países Bajos, si no se conoce la institución competente del seguro de enfermedad, enviar el formulario al GAK, Postbus 8300, Amsterdam.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 116 ☐ (1)

INFORME MÉDICO EN CASO DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO (ENFERMEDAD, MATERNIDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL)

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii

Reglamento 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64; artículo 65.2 y 4.

A cumplimentar por el médico de la institución que expide el formulario E 115; se adjuntará a este formulario y se enviará en sobre cerrado en caso de enfermedad o maternidad. Para Bélgica, deberá siempre dirigirse en primer lugar a la institución belga competente en materia de seguro de enfermedad (9). Para Liechtenstein, Noruega y Suecia, el formulario deberá ser cumplimentado por el médico al que acuda el interesado, y deberá ser verificado por la institución del seguro.

1 Institución competente destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

1.3 Referencia: nuestro formulario E 116 del: .....

2 Anexo al formulario E 115 del .....

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador en desempleo

3.1 Apellido(s) (2 *bis*)

.....

3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)

.....

.....

3.4 Número de identificación (3) .....

4 El abajo firmante ..... , doctor en medicina, después de haber examinado a la persona mencionada anteriormente

el ..... estima

4.1 que se trata

☐ de un caso de enfermedad (3) ☐ de un caso de maternidad (fecha prevista de parto: .....)

4.2 que se trata probablemente

☐ de un accidente de trabajo ☐ de una enfermedad profesional ☐ de un accidente

4.3 ☐ de una recaída o agravación

▼B

E 116

Parte A: Informe general

5 Se cumplimentará en todos los casos (especialmente en caso de accidente de trabajo)

5.1 Anamnesia y síntomas actuales
.....
.....

5.2 Examen clínico

5.3 Estado general: ..... Peso: ..... Talla: ..... (4)

5.4 Otras comprobaciones .....
.....
.....

5.5 Exámenes técnicos (5): .....
.....
.....

5.6 Diagnóstico: .....

5.7 Conclusiones:

5.8 ☐ El interesado no es considerado incapaz para el trabajo

5.9 ☐ El interesado es considerado incapaz para el trabajo a partir
del ..... hasta el .....

5.10 ☐ El interesado es considerado parcialmente incapaz para el trabajo en un
..... % del ..... hasta el ..... (5 *bis*)

5.11 ☐ El interesado será sometido a un nuevo control médico el: .....

5.12 ☐ El interesado está en disposición de trabajar a partir de: .....

Parte B: Informes en caso de accidente de trabajo

6 Primer informe médico

6.1 Este accidente ha producido las lesiones siguientes (6)
.....
.....
.....

6.2 Estas lesiones ☐ han tenido ☐ tendrán las consecuencias siguientes (7)
.....
.....
.....

6.3 La incapacidad para el trabajo ha comenzado el: .....

6.4 La víctima es atendida
☐ en su domicilio ☐ en la consulta del médico
☐ en el hospital ☐ en otro lugar

Dirección (2) (8): .....
.....

▼B

E 116

7	Último informe médico

7.1 El tratamiento ha finalizado el: .....

7.2 Las lesiones se han consolidado el día: .....

7.3 ☐ sin secuelas

7.4 ☐ y tendrán probablemente las consecuencias siguientes

.....

.....

.....

7.5 Descripción detallada del estado de la víctima después de la curación o al finalizar el tratamiento médico:

.....

.....

.....

.....

8	Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma del médico

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) Información que se facilitará en caso necesario.

(5) Indicar el tipo de examen y la fecha.

(5 *bis*) Para las necesidades de la institución noruega.

(6) Indicar el tipo y naturaleza de las lesiones, la parte del cuerpo lesionada: fractura de brazo, contusión en la cabeza, en los dedos, lesiones internas, asfixia, etc.

(7) Indicar las consecuencias seguras o probables de las lesiones constatadas: defunción, incapacidad permanente o temporal, total o parcial; en caso de incapacidad temporal, precisar la duración.

(8) Si la víctima es atendida en el hospital, facilitar igualmente la denominación de éste.

(9) El formulario E 116 no es necesario cuando se soliciten prestaciones de maternidad a cargo de Bélgica.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 117 ☐ (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii
Reglamento 574/72: artículo 18.6 y 8; artículo 24; artículo 26.7; artículo 61.6 y 8; artículo 64

La institución competente cumplimentará el presente formulario y lo remitirá a la institución del lugar de residencia o de estancia. La institución competente deberá informar igualmente al trabajador en el caso en que las prestaciones económicas las abone la institución del lugar de residencia (Reglamento 574/72, artículo 61.8).

1 Institución del lugar de residencia o de estancia

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
.....

2 Referencia: su formulario E 115 de ..... (fecha)

3 ☐ El trabajador asalariado ☐ El trabajador no asalariado ☐ El trabajador en desempleo

3.1 Apellido(s) (2 *bis*)
.....
3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
3.4 Número de identificación (2 *ter*): .....

4 ☐ Tiene derecho a las prestaciones económicas, provisionalmente y salvo prórroga, en su caso del ..... al .....
4.1 ☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas
Motivo: ver E 118 adjunto
4.2 ☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas a partir de .....
Motivo: ver E 118 adjunto

5 Estas prestaciones serán abonadas (3 *bis*)
5.1 ☐ por nuestra institución
5.2 ☐ por ustedes a cargo nuestro (3 *ter*)
5.3 ☐ por el empresario,
desde ..... hasta ..... (4) (5)

6 (3) (6)

6.1 La indemnización deberá abonarse
6.2 por todos los días de la semana, salvo ☐ el lunes ☐ el martes ☐ el miércoles ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo
6.3 El importe diario neto de dicha indemnización será de
..... (7) si el asegurado no está hospitalizado
..... (7) en caso de hospitalización
6.4 ☐ (8) Cuando las indemnizaciones se deban por un mes completo, se concederán por 30 días, aunque el mes tenga más o menos de 30 días

7 Les rogamos nos comuniquen a la mayor brevedad posible el resultado
7.1 ☐ de un reconocimiento (9) .....
7.2 ☐ de un control administrativo
7.3 ☐ de un nuevo control médico, que se efectuará hacia el (fecha) .....

▼B

E 117

8	Institución competente		
8.1	Denominación:	Nº de código (10):	.....
8.2	Dirección (2) :		
	.....		
8.3	Sello	8.4 Fecha:	.....
		8.5 Firma	
		.....	

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 *ter*) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(3) Esta información no es necesaria cuando se trate de desempleados por los que se ha extendido un formulario E 119.

(3 *bis*) La institución competente puede indicar a continuación la forma de pago:
.....
.....

(3 *ter*) Si el formulario va dirigido a una institución francese o italiana, no es preciso rellenar esta casilla.

(4) A cumplimentar, en su caso, por las instituciones danesas, alemanas o luxemburguesas.

(5) A cumplimentar por las instituciones alemanas, españolas y luxemburguesas.

(6) A cumplimentar únicamente en el caso indicado en el punto 5.2.

(7) Indicar el importe en la moneda del país competente.

(8) Poner una cruz en esta casilla, si procede.

(9) Indicar la clase de reconocimiento médico solicitado (radiografía, análisis de ...., etc.).

(10) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 118 ☐ (1)

NOTIFICACIÓN DE NO RECONOCIMIENTO O DE TERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, b.ii, c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, b.ii, c.ii.
Reglamento 574/72: artículo 18.4 y 6; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.4 y 6; artículo 64

Si el formulario afecta a un trabajador en activo, la institución del lugar de residencia o de estancia (o la institución competente) expedirá los ejemplares de éste, de los cuales uno se entregará al trabajador y el otro a la institución de enfermedad-maternidad o de seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del país competente (del lugar de residencia o de estancia). Si afecta a un trabajador en desempleo, es preciso expedir, además de los dos ejemplares mencionados (uno de los cuales se entregará al trabajador en desempleo), dos ejemplares suplementarios, uno de los cuales se dirigirá a la institución competente del seguro de desempleo y el otro a la institución del país al que se ha trasladado la persona desempleada para buscar empleo.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador en desempleo

1.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

1.2 Nombres ..... Apellidos anteriores (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....

1.4 Número de identificación (2 bis): .....

2 ☐ Institución competente ☐ Institución del lugar de residencia o de estancia

2.1 Denominación: .....
2.2 Dirección (2): .....
.....

3 ☐ De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento
☐ Del control efectuado por nuestro médico el .....
resulta que
3.1 ☐ su incapacidad para el trabajo es solamente parcial
3.2 ☐ tiene Vd. derecho a una indemnización parcial por importe de .....
a partir del ..... (3)
3.3 ☐ no está Vd. incapacitado para trabajar
3.4 ☐ su incapacidad para el trabajo ha terminado el ..... (4)
3.5 ☐ El último día por el que Vd. percibirá prestaciones económicas es el .....

3.6 ☐ La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá Vd. prestaciones económicas
3.7 ☐ No tiene Vd. derecho a prestaciones por las razones siguientes: .....
.....

4 ☐ Institución del lugar de residencia o de estancia ☐ Institución competente

4.1 Denominación: ..... Nº de código (5): .....
4.2 Dirección (2) .....
.....
4.3 Sello

4.4 Fecha: .....
4.5 Firma
.....

▼B

E 118

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Incluido su Anexo, se compone de 5 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse aun en el caso de que no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el trabajador o el desempleado:

Si está disconforme con la decisión que se le notifica en el presente documento, puede presentar recurso contra ella. Para más información sobre las vías y los plazos legales de recurso, véase el anexo.

Para las vías y los plazos de recurso, sírvase seguir las instrucciones del Estado competente.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 bis) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(3) No se cumplimentará salvo que sea la institución competente la que expida el formulario. Indíquese si se trata de una cantidad diaria, semanal, mensual.

(4) Se hará constar el último día de incapacidad para el trabajo.

(5) Completar si se tiene.

▼B

E 118 Anexo

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento 574/72: artículo 18.4; artículo 61.4

1. **BÉLGICA**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede Vd. presentar un recurso por escrito, fechado y firmado, que depositará y enviará, en sobre certificado, en el mes siguiente al día de la notificación de la decisión que se recurre, a la escribanía del tribunal de trabajo competente.

Por tribunal de trabajo competente, se entiende:

a) Si Vd. está domiciliado en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encuentre su domicilio.

b) Si Vd, no tiene o ha dejado de tener domicilio en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encontraba su último domicilio o su última residencia en Bélgica;

c) Si Vd. no ha tenido domicilio o residencia en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción de su última ocupación en Bélgica.

2. **DINAMARCA**

Si desea recurrir la decisión que figura adjunta, dispone de cuatro semanas, a contar desde la fecha en que recibiera la notificación de la decisión, para presentar un recurso ante el «Den Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget» (Comisión de recursos en materia social, Subcomisión de subsidios diarios), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Copenhague K.

3. **ALEMANIA**

El presente documento oficial adquiere fuerza vinculante si en un plazo de tres meses desde su notificación no ha presentado ningún recurso por escrito ante el organismo alemán que figura a continuación:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

4. **GRECIA**

Si no está de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede Vd. en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de su notificación, presentar un recurso ante:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

5. **ESPAÑA**

Contra la decisión adjunta puede interponerse reclamación en un plazo de 30 días hábiles a contar desde la fecha de su notificación, ante la siguiente institución:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

bien directamente, bien a través de la institución de su lugar de estancia o residencia.

6. **FRANCIA**

Si desea Vd. recurrir la decisión que figura adjunta, dispone de un plazo de dos meses a partir de la fecha de recepción de la notificación para presentar recurso ante el médico-jefe de la caja del seguro de enfermedad mencionada a continuación:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

▼B

E 118 Anexo

7. **IRLANDA**

Si no está de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede Vd. dirigir una reclamación al «Social Welfare Appeals Office, D'Olier House» (Oficina de recursos en materia social), D'Olier St, Dublin 2, en un plazo de 21 días a contar desde la fecha de recepción de la decisión.

8. **ITALIA**

Decisiones del INPS (enfermedad y maternidad)

El asegurado que desee recurrir una decisión del INPS puede promover un recurso por la vía administrativa ante la comisión provincial correspondiente en un plazo de 90 días a contar desde la fecha en que recibiera la notificación de la decisión pertinente.

Además, el interesado puede promover un procedimiento legal en un plazo de un año a contar desde la fecha en que le fuera notificada la decisión de la Comisión, o de 90 días desde la presentación del recurso, en el caso de que la Comisión no haya adoptado decisión alguna.

Decisiones del INAIL (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

El asegurado que desee recurrir una decisión del INAIL puede, en el plazo de 60 días a partir de la recepción de la notificación que se le ha dirigido, comunicar al INAIL, por carta certificada con acuse de recibo o por carta expedida contra resguardo, los motivos por los que estima que la decisión no está justificada; si se trata de una incapacidad permanente, deberá precisar el importe de la indemnización a la que estima tener derecho; en todo caso unirá a su recurso un certificado médico indicando los hechos que apoyan su solicitud.

Si no obtiene respuesta en el plazo de 60 días a partir de la fecha del acuse de recibo o del resguardo mencionado en el párrafo anterior, o si estima que la respuesta no es satisfactoria, podrá citar al INAIL a procedimiento judicial.

El recurso puede presentarse en el INAIL bien directamente, bien por mediación de la institución del lugar de residencia o de estancia.

9. **LUXEMBURGO**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede presentar recurso previo ante el consejo arbitral de seguros sociales, («Conseil arbitral des assurances sociales») en Luxemburgo, en un plazo de 40 días desde la recepción de la notificación de la decisión.

10. **PAÍSES BAJOS**

Si no está Vd. de acuerdo con la comunicación que figura adjunta, puede solicitar una decisión apelable ante la institución neerlandesa competente (mencionada en el recuadro 2 o en el recuadro 4 del formulario E 118) en un plazo razonablemente corto. Esta decisión precisa las vías y plazos de recurso.

11. **PORTUGAL**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión que se acompaña, puede:

— si no se le ha reconocido la incapacidad laboral, dirigir un recurso a la «Commissão Instaladora da Administração Regional de Saúde» (comisión de la administración regional de salud) en un plazo de ocho días a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión,

o bien

— si se le ha denegado una solicitud de prestaciones económicas por razones de índole administrativa, dirigir un recurso al «Tribunal Administrativo do Circulo» (tribunal de lo contencioso-administrativo de la circunscripción competente) en un plazo de dos meses a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión; de haber estado residiendo fuera de Portugal, dicho plazo será de cuatro meses, a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión.

12. **REINO UNIDO**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 28 días a contar desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión, ante el «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, Agencia de Prestaciones, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o ante la «Nothern Irland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso;

13. **AUSTRIA**

Si no está Vd. de acuerdo con la información adjunta (E 118), puede solicitar la adopción de una decisión a la institución austriaca competente mencionada en el recuardo 2 ó 4 del formulario señalado. Para conocer las posibles vías de recurso , diríjase igualmente a dicha institución.

▼B

E 118 Anexo

14. **FINLANDIA**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión, o bien ante la institución finlandesa mencionada en el recuadro 2 ó 4 del formulario señalado, o bien ante la institución más próxima a su lugar de residencia, la cual figura igualmente en uno de los recuadros indicados.

15. **ISLANDIA**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso ante el Consejo de Seguridad Social, Reykjavik.

16. **LIECHTENSTEIN**

a) en materia de seguro de enfermedad: si no está Vd. de acuerdo con una decisión pronunciada por una caja del seguro de enfermedad, puede solicitar una resolución formal que ha de contener las razones y la información relativa al procedimiento legal.
El interesado o los interesados dispondrán de 60 días desde la recepción de dicha resolución formal para promover acciones legales ante el tribunal que corresponda;

b) en materia de seguro de accidentes: si no está Vd. de acuerdo con la resolución formal que haya pronunciado una institución aseguradora de accidentes, puede, en un plazo de dos meses desde la recepción de dicha resolución, solicitar a la citada aseguradora que reconsidere su resolución.

Si no está Vd. de acuerdo con la resolución formal que haya pronunciado una institución aseguradora de accidentes, también puede, en un plazo de dos meses desde la recepción de dicha resolución, promover acciones legales ante el tribunal correspondiente. Ello es igualmente válido para la decisión de la aseguradora de accidentes relativa a la solicitud que hubiera presentado Vd. de reconsideración de la resolución.

17. **NORUEGA**

Si no está Vd. de acuerdo con una decisión noruega, dispone de 6 semanas desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión para recurrir ante la institución mencionada en el recuardo 2 o 4 del formulario E 188.

18. **SUECIA**

Si no está Vd. de acuerdo con una decisión sueca, dispone de dos meses, desde la fecha en que recibió efectivamente la notificación de la decisión, para recurrir ante la institución mencionada en el recuardro 2 ó 4 del formulario E 118. En el caso de que presente un recurso, ha de señalar las razones por las que considera injustificada la decisión.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 119 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL DERECHO DE LOS TRABAJADORES EN DESEMPLEO Y DE LOS MIEMBROS DE SUS FAMILIAS A LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD

Reglamento 1408/71: artículo 25.1 y 3 i
Reglamento 574/72: artículo 26.1

El formulario deberá remitirse al trabajador en desempleo por la institución competente o enviado por ésta a la institución del lugar de residencia o de estancia si se ha extendido a petición de esta última.

1 Institución del lugar de residencia o de estancia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
1.3 Referencia: su formulario ☐ E 107 del ..... ☐ E 115 del .....

2 Trabajador en desempleo

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos enteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país donde el interesado busca trabajo (3)
.....
.....
2.4 Número de identificación: .....

3 Último empresario, en su caso

3.1 Nombre o razón social: .....
3.2 Dirección (3): .....
.....

4 El interesado, arriba indicado, tiene derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad-maternidad

☐ en especie, para él mismo

☐ económicas, para él mismo

☐ en especie, para los miembros de su familia

a condición de que la institución del seguro de desempleo del país en que se encuentra para buscar trabajo, haya enviado a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del mismo país un formulario E 303/3 que contenga la certificación prevista en el artículo 26.2, primer párrafo, del Reglamento 574/72.

5 Las prestaciones en especie podrán abonarse

5.1 ☐ durante un período que no exceda del establecido para el derecho a las prestaciones de desempleo

5.2 ☐ por los casos de enfermedad acaecidos hasta ..... inclusive,
durante ..... días .....semanas

6 En caso de incapacidad para el trabajo, las prestaciones económicas podrán ser abonadas

6.1 ☐ durante un período que no exceda del establecido para el derecho a las prestaciones de desempleo

6.2 ☐ por los casos de enfermedad acaecidos hasta ..... inclusive,
durante ..... días .....semanas

7 Dichas prestaciones en metálico serán abonadas

7.1 ☐ por nuestra institución

7.2 ☐ por ustedes a nuestro cargo (3 ter)

▼B

E 119

8

8.1 La indemnización deberá ser abonada

8.2 ☐ por los mismos días de la semana que los previstos para el seguro de desempleo

8.3 ☐ por todos los días de la semana, salvo ☐ el lunes ☐ el martes ☐ el miércoles ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo

9 (4)

9.1 El importe neto diario de esta indemnización

9.2 ☐ es igual al previsto por parte del seguro de desempleo

9.3 ☐ es de: ..... (5), si el asegurado no está hospitalizado

y de: ..... (5), en caso de hospitalización

10 Institución competente (6)

10.1 Denominación: ..... Nº de código (7): .....

10.2 Dirección (3): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

▼B

E 119

INSTRUCCIONES

El formulario, que se compone de 4 páginas, deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos; ninguna de ellas podrá suprimirse ni aún cuando no contenga ninguna mención útil.

Indicaciones para el desempleado:

a) *Además de este formulario E 119, es necesario que tenga en su poder un ejemplar del formulario E 303/3, cuyo punto 7 habrá sido cumplimentado por la institución del seguro de desempleo del país en que usted busca trabajo.*

Para obtener las prestaciones en especie del seguro de enfermedad para usted y para los miembros de su familia, deberá dirigirse a la institución siguiente:

en **Bélgica,** *a la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *a la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: al «magistrat», en el municipio de Frederiksberg: al «kommunalbestyrelse». En caso de tratamiento en Dinamarca, presentar el formulario a la institución donde se seguirá el tratamiento;*

en **Alemania,** *«Allgemeine Ortskrankenkassen» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

en **Grecia,** *por regla general, a la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA) que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se otorgarán las prestaciones en especie;*

en **España,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de estancia o de residencia. En el caso de que precise prestaciones, puede acudir a la red sanitaria (médicos y hospitales) de la Seguridad Social española. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance-maladie» la (Caja primaria del seguro de enfermedad);*

en **Irlanda,** *a la «Health Board» (Servicio de Sanidad) en cuya localidad se haya solicitado la prestación;*

en **Italia,** *a la «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidad local de administración de la salud) competente, según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *a la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad obrera);*

en los **Países Bajos,** *una caja de enfermedad competente en el lugar de residencia o de estancia;*

en **Portugal, para el continente:** *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia o de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de Salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), Angra do Heroísmo;*

en el **Reino Unido,** *en el servicio médico (médico, dentista, hospital, etc.) al que se solicita el tratamiento;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia o estancia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social), cuando se solicite compensación por los gastos médicos afrontados en el sector privado. Las prestaciones en especie pueden obtenerse en los centros municipales de salud y en los hospitales públicos mediante la presentación del presente certificado;*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economia Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia. Se podrá obtener asistencia sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada. El formulario deberá presentarse al solicitar la asistencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia. Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

b) *Para obtener las prestaciones económicas para usted mismo en caso de incapacidad para el trabajo o de hospitalización, deberá presentar (salvo en el caso de que se encuentre en los Países Bajos) los formularios citados en el punto a), así como un certificado de incapacidad para el trabajo expedido por el médico que le trata, en la institución siguiente:*

- *— si se encuentra Vd. en Bélgica, Alemania, España, Francia, Italia, Luxemburgo, Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suecia: en la institución del seguro indicada en la letra a);*
- *— si se encuentra en Dinamarca: en la «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (Oficina local de los servicios sociales de la salud). En los municipios de Copenhague, Odense, Alborg y Arhus, en el «magistrat» (administración municipal);*
- *— si se encuentra en Irlanda: en el «Department of Social Welfare, EC Record Section» (Ministerio de Previsión social, Archivos, sección CE), Dublín, 2;*
- *— si se encuentra usted en los Países Bajos, deberá declarar su incapacidad de trabajo en la oficina de distrito del «Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK)» (Oficina administrativa común) que le sirva las prestaciones de desempleo;*
- *— si se encuentra usted en Portugal:* **para el continente:** *en al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de seguridad social) del lugar de estancia o de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de seguridad social), Funchal:* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de seguridad social), Angra do Heroísmo;*
- *— si se encuentra en el Reino Unido: en el «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Mº de Seguridad Social, Agencia de Prestaciones, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o en la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso.*

▼B

E 119

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia del trabajador.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3 ter) Si el formulario se envía a una institución italiana, no ha de marcarse esta casilla, sino la 7.1).

(4) Cumplimentar este recuadro únicamente cuando las prestaciones económicas deban ser abonadas por la institución del lugar de residencia o de estancia.

(5) Indicar el importe en la moneda del país competente.

(6) Si este formulario lo expide una institución de los Países Bajos, las prestaciones en especie correrán a cargo del «Ziekenfondsraad» (Consejo de cajas de enfermedad), Amstelveen; las prestaciones económicas correrán a cargo de la institución que expida el formulario.

(7) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» página 4

E 120 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE PARA LOS SOLICITANTES DE PENSIÓN O DE RENTA Y LOS MIEMBROS DE SUS FAMILIAS

Reglamento 1408/71: artículo 26.1
Reglamento 574/72: artículo 28

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y remitirá dos ejemplares al interesado, que deberá presentarlos en la institución de su lugar de residencia. Si el solicitante de pensión reside en el Reino Unido, los dos ejemplares del formulario deberán enviarse directamente al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne. La institución del lugar de residencia, al recibir los dos ejemplares de que se trata, cumplimentará la parte B y enviará uno de los ejemplares a la institución mencionada en el recuadro 6. En su caso, los dos ejemplares se remitirán primero a la institución que deba cumplimentar los recuadros 5 y 6.

A. Notificación del derecho

1 Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
1.3 Referencia: su formulario E 107 de: .....

2 Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombres: ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país de residencia (3): .....
.....
2.4 Número de identificación (3 ter): .....

3 A cumplimentar por la institución en la que haya sido presentada la solicitud de pensión o de renta

3.1 El interesado arriba indicado ha presentado el: .....
una solicitud de pensión o de renta
☐ de vejez ☐ de invalidez ☐ de supervivencia
☐ de accidente de trabajo ☐ de enfermedad profesional
3.2 (4) ☐ del examen de esta solicitud resulta que el interesado puede obtener una pensión a nuestro cargo

4 Institución que cumplimenta el recuadro 3

4.1 Denominación: .....
4.2 Dirección (3): .....
.....
4.3 Sello
4.4 Fecha: .....
4.5 Firma
.....

▼B

E 120

5	A cumplimentar por la institución a la que haya sido presentada la solicitud de pensión o de renta por la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país en que haya sido presentada esta solicitud (6)

5.1 Nº de código de la institución de instrucción (4 bis): .....

5.2 El interesado indicado en el recuadro 2 y los miembros de su familia tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad

5.3 ☐ A partir de: (fecha) ..... y hasta que expire la presente certificación

5.4 ☐ Durante un año a partir de la fecha: .....

6	Institución que cumplimenta el recuadro 5 (6)

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (3): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

B. Notificación de inscripción o de no inscripción

7	(5) ☐

7.1 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia no han podido ser inscritos porque

.....

.....

8	(5) ☐

8.1 Nº de código de la institución del lugar de residencia (4 bis): .....

8.2 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia que se indican a continuación han sido inscritos el

.....

9	Miembros de la familia inscritos

	Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Sexo F	Sexo M	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....

▼B

E 120

10	Institución del lugar de residencia	
10.1	Denominación:	.....
10.2	Dirección (3):	.....
		.....
10.3	Sello	
	10.4 Fecha:	.....
	10.5 Firma	
		.....

▼B

E 120

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos; se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse ni aún cuando no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el asegurado:

a) *La presente certificación da a usted y a los miembros de su familia el derecho a beneficiarse de las prestaciones en especie en caso de enfermedad o de maternidad en el país en que reside.*

b) *Deberá presentar a la mayor brevedad posible los dos ejemplares de esta certificación que tiene en su poder en una de las instituciones del seguro que se mencionan a continuación:*

en **Bélgica,** *en la mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *en la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague, al «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: al «kommunalbestyrelse». En caso de tratamiento en Dinamarca, presentar el formulario a la institución donde se seguirá el tratamiento;*

en **Alemania** *«Allgemeine Ortskrankenkassen» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

en **Grecia,** *por regla general, en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA) que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la que no se otorgarán las prestaciones en especie;*

en **España,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» de su lugar de residencia. En el caso de que solicite prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Para ello, deberá presentar el formulario acompañado de una fotocopia;*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (la Caja primaria del seguro de enfermedad);*

en **Irlanda,** *en la «Health Board» (Servicio de Sanidad) en cuya localidad se haya solicitado la prestación;*

en **Italia,** *en la «Unità sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la salud) competente, según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad obrera);*

en los **Países Bajos,** *una caja de enfermedad competente en el lugar de residencia o de estancia;*

en Portugal, **para el continente:** *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de estancia o de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Dirección regional de Salud pública), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud); Angra do Heroismo;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social);*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

c) *Deberá usted comunicar a la institución del seguro a la que haya remitido el formulario, cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (concesión de la pensión o de la renta solicitada, cambio de su lugar de residencia o de estancia o de la de un miembro de su familia, etc.).*

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finaldia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3 ter) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) Poner una cruz en esta casilla, si procede.

(4 bis) Completar si se tiene.

(5) Cumplimentar el recuadro 7 ó 8, según el caso, y señalar con una cruz en la casilla correspondiente.

(6) Para Italia, los recuadros 6 y 7 han de rellenarse exclusivamente por la USL el Ministerio de la Salud.

▼M2

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social EEE (*)

Véanse las «Instrucciones» en la página 4

E 121 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS TITULARES DE PENSIÓN O DE RENTA O DE MIEMBROS DE SU FAMILIA Y PARA LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS

Reglamento 1408/71: artículo 28.1.a; artículo 29.1.a
Reglamento 574/72: artículo 29.1, 2 y 3; artículo 30.1; artículo 95.4

La institución que debe expedir la certificación conforme al artículo 29.2 o al artículo 30.1 del Reglamento (CEE) nº 574/72 cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al titular de pensión o de renta o al miembro de su familia, o los hará llegar a la institución del lugar de residencia si el formulario ha sido solicitado por ésta. Si el titular de pensión o el miembro de su familia reside en el Reino Unido, los dos ejemplares del formulario se deberán enviar directamente al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne. En su caso, los dos ejemplares se enviarán en primer lugar a la institución que debe cumplimentar los recuadros 6 y 7. La institución del lugar de residencia, al recibo de los dos ejemplares, cumplimentará su parte B y enviará un ejemplar a la institución mencionada en el recuadro 7.

A. **Notificación del derecho**

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1. Denominación:
.....

1.2. Dirección (3): .....
.....

1.3. Referencia: su formulario E 107 del: .....

2. ☐ Titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
☐ Titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

2.1. Apellido(s) (4):
.....

2.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (4) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3. Dirección en el país de residencia (3):
.....

2.4. Fecha de traslado eventual de residencia: .....

2.5. Número de identificación (5): .....

3. Se cumplimentará por la institución deudora de la pensión o de la renta

3.1. El interesado mencionado anteriormente es titular de una pensión o de una renta
☐ de vejez ☐ de invalidez ☐ de supervivencia
☐ de accidente de trabajo ☐ de enfermedad profesional

3.2. desde el .....

3.3. Número de la pensión o de la renta: .....

4. Institución que ha cumplimentado el recuadro 3 (6)

4.1. Denominación: .....

4.2. Dirección (3): .....
.....

4.3. Sello

4.4. Fecha: .....

4.5. Firma
.....

▼M2

E 121

5. Miembro de la familia del titular de pensión o de renta

5.1. Apellido(s) (4)

.....

5.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (4) ..... Fecha de nacimiento .....

5.3. Dirección en el país de residencia (3): .....

.....

5.4. Fecha de traslado eventual de residencia .....

5.5. Número de identificación (5): .....

6. Se cumplimentará por la institución deudora de la pensión o de la renta o por la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país deudor de la pensión o de la renta (7)

6.1. Nº de código de la institución de instrucción (8): .....

6.2. ☐ La persona mencionada en el recuadro 2

☐ La persona mencionada en el recuadro 5

tiene derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a partir del .....

6.3. El coste de las prestaciones a servir en su país de residencia, distinto del país competente, estará a cargo nuestro

6.4. ☐ a partir del ..... y hasta la anulación de la presente certificación

6.5. ☐ durante un año a partir del ..... (9)

6.6. ☐ la expedición de la presente certificación pone fin a la validez del formulario E .. a partir del .....

7. Institución que ha cumplimentado el recuadro 6 (7)

7.1. Denominación: .....

7.2. Dirección (3): .....

.....

7.3. Sello

7.4. Fecha .....

7.5. Firma:

.....

B. **Notificación de la inscripción o de la no inscripción**

8. ☐ (10)

8.1. ☐ La persona mencionada en el recuadro 2

☐ La persona mencionada en el recuadro 5

no ha podido ser inscrito

8.2. ☐ porque el interesado tiene ya derecho a prestaciones en especie en virtud de la legislación de nuestro país

8.3. ☐ Otros motivos: .....

.....

.....

▼M2

E 121

9. ☐ (10)

9.1. ☐ La persona designada en el recuadro 2
☐ La persona designada en el recuadro 5
ha sido inscrita

9.2. El coste de estas prestaciones corre a cargo de Uds.; la fecha que se tomará como punto de partida para el cálculo de la cantidad mencionada en el artículo 95 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es el: .....

9.3. Número de código de la institución del lugar de residencia (8): .....

10. Institución del lugar de residencia del titular de pensión o de renta o del miembro de su familia

10.1. Denominación: .....

10.2. Dirección (3): .....
.....

10.3. Sello

10.4. Fecha: .....

10.5. Firma

.....

▼M2

E 121

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse un formulario por persona.

Indicaciones para el titular de pensión o de renta o el miembro de su familia:

a) Deberá entregar a la mayor brevedad los dos ejemplares del presente formulario a la institución del seguro siguiente:

en **Bélgica**: la «mutualité» elegida

en **Dinamarca**: «på kommunekontoret på bopælsstedet» (en el ayuntamiento del lugar de residencia)

en **Alemania**: la «Krankenkasse» (caja de enfermedad) del lugar de residencia elegida por la persona afectada

en **Grecia**: por regla general, la oficina regional o local del Instituto de seguros sociales (IKA) que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se conceden las prestaciones en especie

en **España**: la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de residencia

en **Francia**: la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad)

en **Irlanda**: el «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación

en **Italia**: la «Unità Sanitaria Locale» (USL) (Unidad local de la administración de la sanidad) competente, según el territorio

en **Luxemburgo**: la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)

en los **Países Bajos**: una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia

en **Austria**: la «Gebietskrankenkasse» (caja de enfermedad local) competente para el lugar de residencia

en **Portugal: para el continente**: el «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de Seguridad Social) del lugar de residencia; para **Madeira**: la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad social), Funchal; para las **Azores**: la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad social), Angra do Heroismo

en **Finlandia**: la oficina local del «kansanelaekelaitos» (Institución de Seguro Social)

en **Suecia**: la «oersaekringskassan» (oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia

en **Islandia**: la «Tryggingastofun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social) de Reykjavik

en **Liechtenstein**: la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz

en **Noruega**, la «lokale trygdekontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia.

b) Deberá Ud. comunicar a la institución del seguro a la que haya entregado el formulario todo cambio de situación que pudiera modificar el derecho a las prestaciones en especie (suspensión o supresión de la pensión o de la renta, cambio de su lugar de residencia, etc.).

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(1) Sigla del país en el que se cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega.

(2) A cumplimentar solamente cuando el formulario se expida a solicitud de la institución del lugar de residencia.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(4) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(5) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(6) En Francia, en lo que respecta a los trabajadores no asalariados, este recuadro se cumplimentará por la institución del seguro de enfermedad-maternidad.

(7) En Italia, los recuadros 6 y 7 deberá cumplimentarlos exclusivamente la USL o el Ministerio de Sanidad.

(8) Completar si se tiene.

(9) En caso de que el formulario emitido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa se refiera a un miembro de la familia.

(10) Cumplimentar el recuadro 8 o el recuadro 9, según el caso, y poner una cruz en la casilla correspondiente.

▼M2

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en página 3

E 123 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO CONTRA LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, Y LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Reglamento 1408/71: artículo 52.a; artículo 55.1.a.i, b.i. y c.i
Reglamento 574/72: artículo 60.1; artículo 62.4 y 6; artículo 63.1 y 3

Cuando el formulario ha sido solicitado por la institución del lugar de residencia o de estancia del interesado por medio de un formulario E 107, deberá entregarse a la citada institución; en otros casos, deberá ser remitido al trabajador. Si éste se traslada al Reino Unido, un ejemplar del formulario deberá igualmente dirigirse al Departement of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne.

1 Institución del lugar de residencia o de estancia (2)

1.1 Denominación .....
1.2 Dirección (3) .....
.....
1.3 Referencia: su formulario E 107 del .....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país competente (3)
.....
.....
2.4 Dirección en el país al que el interesado se traslade (3)
.....
.....
2.5 Número de identificación (3 ter) .....

3 En razón

3.1 ☐ de los elementos indicados en su formulario E 107 de .....
3.2 ☐ del accidente de trabajo ocurrido el .....
y que ha entrañado las consecuencias siguientes
.....
.....
.....
3.3 ☐ de la enfermedad profesional constatada el .....
y que ha entrañado las consecuencias siguientes
.....
.....
3.4 ☐ de la autorización que hemos concedido al interesado para conservar el beneficio de las prestaciones en especie
en ..... (país), donde él se traslada
☐ para establecer su residencia ☐ para recibir asistencia

▼B

E 123

4	El trabajador mencionado anteriormente puede beneficiarse de las prestaciones en especie ☐ por accidente de trabajo ☐ por enfermedad profesional	
4.1	☐ durante el período previsto por las disposiciones de la legislación del país de su residencia	
4.2	☐ hasta el	
4.3	☐ durante un máximo de tres meses	
4.4	☐ sin limitación de tiempo.	

5	El informe de nuestro médico inspector	
5.1	☐ se adjunta en sobre cerrado	
5.2	☐ se ha enviado el ..... a (4)	
	.....	
5.3	☐ puede sernos solicitado	
5.4	☐ no ha sido expedido	

6	Institución Competente	
6.1	Denominación:	Nº de código (5): .....
6.2	Dirección (3):	
	.....	
6.3	Sello	
		6.4 Fecha: .....
		6.5 Firma
		.....

▼B

E 123

INSTRUCCIONES

El formulario que se compone de 3 páginas, deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos; ninguna de ellas podrá suprimirse ni aun cuando no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el asegurado

Deberá Vd. presentar a la mayor brevedad esta certificación a la institución de seguros del país donde se encuentre, es decir:

en **Bélgica** *a la Mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *la «amtskommune» competente (administración municipal); en el municipio de Copenhague, el «magistrat» en el municipio de Frederiksberg, la «Kommunalbestyrelse». En caso de estancia temporal, la asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico podrá solicitarse sin contacto previo con las citadas instituciones. El formulario deberá presentarse con cada solicitud de prestaciones. La información sobre médicos y dentistas a los que se debe acudir podrán obtenerse del «Stedlige sociale- og sundhedsforvaltning» (oficina local de los servicios sociales y de la sanidad). En caso de tratamiento, presentar el formulario ante la institución que practique el tratamiento;*

en **Alemania,** *la institución del seguro de accidentes competente en su lugar de estancia o residencia;*

en **Grecia,** *generalmente en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA), que enviará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se conceden las prestaciones en especies;*

en **España,** *servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Para ello, deberá presentar el formulario y una fotocopia del mismo;*

en **Francia,** *la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del Seguro de Enfermedad)*

en **Irlanda,** *en la «Health Board» (servicio de Salud), en cuya localidad se haya solicitado la prestación);*

en **Italia**

a) la «Unità Sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administación de la Sanidad) competente según el territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil el «Ministero della sanità-Ufficio di Sanità marittima o aerea» (Ministerio de la sanidad — Oficina de la Sanidad de la marina o de la aviación civil), competente según el territorio;

b) para las prótesis, los grandes aparatos, las prestaciones médico-legales y los exámenes y certificados médicos, la sede provincial del «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (Instituto nacional de seguro contra accidentes de trabajo) (INAIL);

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros);*

en los **Países Bajos,** *ANOZ Verzekeringen, Utrecht. La asistencia del médico, dentista o farmacéutico podrá solicitarse sin contactar previamente a ANOZ Verzekeringen;*

en **Portugal** *a la «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (caja Nacional de Seguros contra las enfermedades profesionales);*

en el **Reino Unido,** *el servicio médico (médico, dentista, hospital, etc.) al que se solicita el tratamiento;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia o de estancia, o la «Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (institución general del seguro de accidentes), Viena;*

en **Finlandia,** *la «Tapaturmavakuustuslaitosten hitto» (federación de instituciones del seguro de accidentes);*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykjavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada;*

en **Suecia,** *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social). Se podrá obtener asistencia médica (hospital, médico, dentista, etc.) sin que sea obligatorio contactar previamente a la institución señalada.*

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se expida a solicitud de la institución del lugar de residencia o de estancia del interesado.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3 ter) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(4) Denominación y dirección de la institución a la cual se ha dirigido el informe médico.

(5) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» al dorso

E 124 ☐ (1)

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN

Reglamento 1408/71: artículo 65
Reglamento 574/72: artículo 78

1 El abajo firmante

1.1 Apellido(s) (1 bis) .....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Número de identificación (2) (2 ter) .....

1.4 Institución aseguradora (2) (3) .....
.....

1.5 Vínculo de parentesco con el difunto .....

1.6 Dirección (4): .....
.....

2 Solicita la concesión de un subsidio con motivo de la defunción del (5)

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta
☐ Trabajador no asalariado ☐ Solicitante de pensión o de renta
☐ Miembro de la familia

3.1 Apellido(s) (1 bis) .....

3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Número de identificación (2) (2 bis): .....

3.4 Fecha de la defunción: .....

3.5 Causa de la defunción (6)
☐ enfermedad ☐ accidente ☐ accidente de trabajo
☐ enfermedad profesional
☐ otros casos

3.6 Institución por la que el difunto estaba asegurado (2) (3): .....
.....

4 El solicitante del subsidio ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del difunto

5 el difunto ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del solicitante del subsidio

6 El fallecido ☐ estaba ☐ no estaba alojado a cambio de retribución
☐ por el solicitante del subsidio
☐ en un establecimiento del cual el solicitante de la prestación es administrador, miembro del personal interno (7)

7 El solicitante del subsidio ☐ es ☐ no es empresario de pompas fúnebres, delegado o mandatario de dicho empresario (7) (8).

8 Los gastos funerarios ascienden a (9): ..... ; han sido pagados por .....

9 Usted encontrará en Anexo los documentos siguientes: .....
.....
.....
.....

10 Ruego ingresen la cantidad adeudada en mi cuenta nº .....
de ..... en ..... (10)

11 Fecha .....

11.1 Firma
.....

▼B

E 124

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las lineas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de elles puede suprimirse, aunque no contengan ninguna mención útil.

Indicaciones para el solicitante:

a) Para obtener el subsidio de defunción deberá Vd., por medio del presente formulario, presentar una solicitud

— sea ante la institución de seguro competente

— sea ante la institución de seguro del lugar donde Vd. se encuentre, es decir:

en **Bélgica,** *una Mutualidad de su elección;*

en **Dinamarca,** *el «Sundhedsministeriet» (Mº de Salud), en Copenhague;*

en **Alemania,** *el «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja Local de enfermedad);*

en **Grecia,** *la Oficina local del Instituto de seguros sociales (IKA);*

en **España,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de residencia;*

en **Francia,** *el organismo que sirva o serviría las prestaciones en especie del seguro de enfermedad;*

en **Irlanda,** *el «Department of Social Welfare» (Ministerio de la previsión social) en Dublín;*

en **Italia,** *la sede provincial del INAIL;*

en **Luxemburgo,** *la «union des caisses de maladie» (unión de cajas de enfermedad);*

en **Portugal: para el continente:** *el «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de Seguridad Social), del lugar de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social), Angra do Heroísmo;*

en **Austria,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social), PO Box 00601, Helsinki;*

en **Islandia,** *la «Tryggingastofnun» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

en **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

en **Noruega,** *la «lokale trygdkontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia;*

en Suecia, *la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia;*

b) Deberá Vd. acompañar a su solicitud los documentos siguientes:

para **Bélgica,** *un extracto del acta de defunción, expedido por la administración municipal,*
las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios,
cualquier documento que demuestre el vínculo de parentesco o afinidad con el fallecido o, en su caso, la cohabitación con él;

para **Dinamarca,** *— el certificado de defunción;*
sírvase leer detenidamente el folleto «Vejledning om ansogning om begravelsehjælp» (guía para solicitar un subsidio de defunción) que le será enviado posteriormente al interesado.

para **Alemania,** *el acta de defunción;*

para **Grecia,** *el acta de defunción, la cartilla de sanidad, las cartillas de seguros; en su caso las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios;*

para **España,** *— el certificado de defunción y*
— certificado acreditativo del parentesco o las facturas que acrediten los gastos de sepelio si al solicitante no le uniera grado alguno de parentesco con el fallecido;

para **Francia,** *— **en todos los casos,** el «bulletin de décès» (boletín de defunción) del asegurado;*
*— **además,** según el caso*
— si era Vd. esposo o esposa del asegurado, la «fiche familiale» (ficha familiar) del Registro civil
— si es Vd. descendiente suyo (hijo, hija, nieto, etc.), la «fiche familiale» (ficha familiar) del Registro civil que establezca la relación de parentesco con Vd.
— si es Vd. ascendiente suyo (padre, madre, abuelo etc.) su «fiche individuelle» (ficha individual) del Registro civil
— si estaba Vd. a su cargo por otro concepto, una declaración jurada, indicando que Vd. se encontraba totalmente a su cargo, de forma efectiva y permanente;

para **Irlanda,** *el certificado de defunción*
en su caso, el certificado de matrimonio;
el presupuesto o balance de los gastos funerarios o el recibo de esos gastos, si Vd. los ha abonado;

para **Italia,** *el certificado de defunción*
el documento de afiliación
la situación familiar si procede;

▼B

E 124

para **Luxemburgo,**	*el acta de defunciónlas facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios;* *en su caso, un certificado de la administración municipal que acredite la convivencia doméstica;*
para **Portugal,**	**en todos los casos,** *el certificado de fallecimiento y las facturas pagadas relativas a los gastos de sepelio;* **además,** según el caso, — si usted es cónyuge del fallecido o su descendiente, su certificado de nacimiento completo — si usted es ascendiente a cargo del fallecido, su certificado de ingresos;
para **Austria,**	— *el certificado de defunción y* — *las facturas que acrediten los gastos de sepelio;*
para **Finlandia,**	— *el certificado de defunción y* — *certificado acreditativo del parentesco con el fallecido; si el solicitante es empresario de pompas fúnebres, un poder del titular del derecho;*
para **Liechtenstein,**	— *el certificado de defunción y* — *el certificado que atestigüe las causas de la muerte,* — *las facturas que acrediten los gastos de sepelio;*
para **Noruega,**	— *el certificado de defunción;*
para **Suecia,**	— *el certificado de defunción y* — *el certificado que atestigüe las causas de la muerte.*

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país de residencia del solicitante del subsidio: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) A indicar únicamente cuando se trate de un trabajador o de un titular (o solicitante) de pensión o de renta.

(2 bis) En caso de nacional español titular o solicitante de pensión o renta, indicar el número de su documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(2 ter) Para las necesidades de las instituciones finlandesas, indiquese el número del padrón (número de identidad), cuando el solicitante sea una persona física.

(3) Indicar la denominación y la dirección.

(4) Calle, número, código postal, localidad, país.

(5) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cumplimentar la página intercalar.

(6) Cuando se solicite un subsidio de defunción con arreglo a la legislación de Liechtenstein o sueca, la causa del fallecimiento ha de ser o bien «accidente laboral» o bien «enfermedad profesional».

(7) Se cumplimentará cuando el subsidio se solicite en virtud de la legislación belga, si el solicitante del subsidio no es el cónyuge o un pariente o afín hasta el tercer grado del fallecido.

(8) Si el solicitante es empresario de pompas fúnebres, deberá enviarse un poder del titular del derecho cuando el subsidio sea solicitado con arreglo la legislación finlandesa.

(9) A indicar en la moneda del país de residencia del solicitante de subsidio.

(10) No es aplicable a las instituciones irlandesas.

▼B

E 124 intercalar

DATOS COMPLEMENTARIOS
PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

1 Cónyuge

1.1 Estado civil

☐ viudo/a ☐ se ha vuelto a casar ☐ divorciado/a

1.2 Cuando se produjo el fallecimiento, ¿vivía él/ella con el fallecido/a y a cargo del mismo/a?

☐ Sí ☐ No

2 Niños que tienen derecho a los subsidios familiares

	Apellido(s)	Nombre	Vínculo de parentesco	Fecha de nacimiento	Grado de enseñanza	Hijo incapacitado
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 125 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS

Reglamento 1408/71: artículo 36.1 y 2; artículo 63.1; artículo 87.1
Reglamento 574/72: artículo 93.1, 2, 4 y 5; artículo 105.1

Cumplimentar un formulario por beneficiario

1 Factura nº ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2º semestre del ejercicio 19.....

2 Institución competente destinataria

2.1 Denominación: ..... Nº de código (2 bis) .....
2.2 Dirección (3): .....
.....

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Pensionista (régimen asalariados) ☐ Otros (4)
☐ Trabajador no asalariado ☐ Pensionista (régimen no asalariados)

3.1 Apellido(s) (4 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (4 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección (3) .....
.....
3.4 Dirección (3) en el país competente: .....
.....
3.5 Número de identificación (4 ter): .....

4 Miembro de la familia (5)

4.1 Apellido(s) (4 bis)
.....
4.2 Nombre ..... Apellidos anteriores ..... Fecha de nacimiento .....

5 La persona indicada ☐ en el recuadro 3 ☐ en el recuadro 4 se ha beneficiado de las prestaciones en virtud del artículo siguiente del Reglamento 1408/71

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a y 3 ☐ 22.1.b y 3 ☐ 22.1.c y 3
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 (5 bis) ☐ 55.1 (5 bis)

a la vista de los formularios siguientes que nos han sido enviados

5.2 ☐ Formulario E ..... del ..... ☐ Formulario E 117 del .....
válido del ..... al .....

5.3 La persona indicada ☐ en el recuadro 3 ☐ en el recuadro 4

se ha sometido al reconocimiento médico solicitado el .....

▼B

E 125

6	GASTOS EFECTUADOS		6.1 Importe (6)
6.2	**Por prestaciones en especie** servidas	del ..... al	.....
6.3	Asistencia médica		.....
6.4	Asistencia odontológica		.....
6.5	Medicamentos		.....
6.6	Hospitalización	del ..... al	.....
		del ..... al	.....
6.7	Otras prestaciones (7)		
	.....		.....
6.8	**Total de prestaciones en especie**		.....
6.9	**Controles médicos** (8)		
	.....		.....
6.10	**Por prestaciones económicas** abonadas	del ..... al	.....
6.11	TOTAL DE GASTOS		.....

7	Institución acreedora		
7.1	Denominación:	Nº de código (9):	.....
7.2	Dirección (3):		
	.....		
7.3	Sello	7.4 Fecha:	.....
		7.5 Firma	
		.....	

8	Reservado a la institución del país competente

▼B

E 125

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) A indicar si la información es necesaria para la institución acreedora.

(2 bis) Completar si se conoce.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(4) Señalar aquí si se refiere a un trabajador fronterizo, un desempleado, un temporero, un solicitante de pensión u otro.

(4 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4 ter) Para nacionales españoles titulares o solicitantes de pensión o renta, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno». Para los nacionales italianos indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(5) A indicar solamente cuando el pago se refiera a un miembro de la familia del asegurado.

(5 bis) Para las necesidades de las instituciones danesas, indique, si es posible, los datos del empresario cuando se perciban prestaciones con arreglo al artículo 52 o al apartado 1 del artículo 55.

Denominación de la empresa: .....

Dirección: .....

.....

(6) Indicar el importe en la moneda nacional.

(7) Indicar la naturaleza de las prestaciones: asistencia al parto, prótesis dentales, prótesis ortopédicas, cura termal, ambulancia, medios complementarios de diagnóstico, etc.

(8) Indicar la naturaleza de los controles médicos o de los reconocimientos médicos efectuados.

(9) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 126 ☐ (1)

TARIFAS PARA EL REEMBOLSO DE PRESTACIONES EN ESPECIE

Reglamento 1408/71: artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 31.a
Reglamento 574/72: artículo 34

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares de éste a la institución que estuviera obligada a servir las prestaciones al interesado en el país de estancia, sea directamente, sea por mediación del organismo de enlace. La institución del lugar de estancia, después de haber cumplimentado la parte B del formulario, devolverá un ejemplar a la institución competente.

A. Solicitud

1 Institución destinataria (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
.....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 ☐ Esta persona depende de un régimen de no asalariados mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

2.4 Número de identificación: .....

3 Miembros de la familia que han recibido asistencia

3.1	Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 El interesado mencionado aquí abajo
4.1 durante una estancia en ..... (país)
4.2 en ..... (localidad)
4.3 ha pagado él mismo las prestaciones que le han sido necesarias
4.4 Él es ☐ viudo ☐ inválido (4)
4.5 y dispone de unos ingresos de ..... (4)

5 Les rogamos indiquen sobre los recibos adjuntos, para cada prestación relacionada, la suma que podría serle reembolsada según las tarifas aplicadas por la institución del lugar de estancia. Únicamente para Luxemburgo, indicar igualmente el importe de la participación legal que corre a cargo del asegurado

6 Adjuntos ..... recibos

7 Institución competente

7.1 Denominación: ..... Nº de código (4 bis): .....
7.2 Dirección (3): .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

B. Respuesta

8 Encontrará en Anexo ..... recibos calculados según su solicitud

9 ☐ Cantidad a reembolsar (5) ..... ☐ No hay reembolso

10 Observaciones: .....
.....
.....
.....

11 Institución del lugar de estancia

11.1 Denominación: .....
11.2 Dirección (3): .....
.....
11.3 Sello

11.4 Fecha: .....
11.5 Firma
.....

▼B

E 126

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(2) Si la institución que estaría obligada a servir las prestaciones en especie no es conocida, el formulario podrá dirigirse al organismo de enlace del país de estancia, es decir:

— *en* **Bélgica,** *el Institut national d'assurance maladie-invalidité (Instituto nacional de seguro de enfermedad-invalidez) (INAMI), Bruselas;*

— *en* **Dinamarca,** *el «Sundhedsministeret» (Ministerio de Salud), Copenhague;*

— *en* **Alemania,** *el «AOK-Bundesverband» (federación nacional de cajas locales de enfermedad), Bonn;*

— *en* **Grecia,** *la oficina regional o local del Instituto de seguros sociales (IKA); si se trata de un marino, la Caja de jubilación de los marinos (NAT);*

— *en* **España,** *el «Instituto Nacional de la Seguridad Social», Madrid;*

— *en* **Francia,** *el «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Centro de seguridad social de los trabajadores migrantes), París;*

— *en* **Irlanda,** *el «Department of Health» (Ministerio de Sanidad), Dublín;*

— *en* **Italia,** *el «Ministero della Sanità» (Ministerio de Sanidad), Roma;*

— *en* **Luxemburgo,** *la «Union des caisses de maladie» (union de cajas de enfermedad), Luxemburgo;*

— *en los* **Países Bajos,** *«ANOZ Verzekeringen», Utrecht;*

— *en* **Portugal,** *el «Departamento de Relações Internacionais e Convençoes de Segurança Social» (Departamento de Relaciones internacionales y Convenciones de seguridad social), Lisboa.*

— *en* **Austria,** *el «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger» (asociación nacional de aseguradoras sociales), Viena;*

— *en* **Finlandia,** *la «kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social);*

— *en* **Islandia,** *la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykiavik;*

— *en* **Liechtenstein,** *la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz;*

— *en* **Noruega,** *la «Rikstrygdeverket» (Oficina Nacional de Seguro), Oslo;*

— *en* **Suecia,** *la «Riksförsäkringsverket» (Oficina Nacional de Seguridad Social), Estocolmo.*

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) A cumplimentar solamente si la solicitud se dirige a una institución belga.

(4 bis) Completar si se tiene.

(5) Indicar el importe total.

▼M2

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE (*)

Véanse las «Instrucciones» en la página 3

E 127 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE CANTIDADES GLOBALES MENSUALES

Reglamento 1408/71: artículo 36.1 y 2
Reglamento 574/72: artículo 94; artículo 95

1.

Factura nº ..... del año 19 ..... (2)

2. Institución competente

2.1. Denominación: ..... Nº de dódigo (4): .....
2.2. Dirección (3): .....
.....

El derecho a las prestaciones en especie queda abierto por ser

3. ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

3.1. Apellido(s) (5)
.....
3.2. Nombre ..... Apellidos anteriores (5) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3. Número de identificación atribuido por la institución competente (6): .....

4. Esta factura individual se refiere a:

4.1. ☐ la familia del trabajador designado en el recuadro 3, residente en la siguiente dirección (3): .....
.....
4.2. ☐ el titular de pensión o de renta designado en el recuadro 3, residente en la siguiente dirección (3): .....
.....
4.3. ☐ el miembro de la familia, designado a continuación, del titular de pensión o de renta designado en el recuadro 3:

4.3.1. Apellido(s) (5):
.....
4.3.2. Nombre: ..... Apellidos anteriores (5): ..... Fecha de nacimiento: .....
4.3.3. Dirección (3): .....
.....
4.3.4. Número de identificación atribuido por la institución competente (6): .....

▼M2

E 127

5. El derecho de la persona o personas nombrada(s) en ☐ 4.1 ☐ 4.2 ☐ 4.3 ha sido certificado por el formulario E ..... del .....

6. Por el período durante el que ha susbsistido este derecho (del ..... al .....),

6.1. El número de cantidades globales mensuales

☐ por familia (de trabajador) ☐ por miembro de familia ☐ por cabeza

es de .....

7.	Institución del lugar de residencia

7.1. Denominación: ..... Nº de código (7): .....

7.2. Dirección (3): .....

.....

7.3. Sello

7.4. Fecha: .....

7.5. Firma

.....

8.	Reservado a la institución competente

▼M2

E 127

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta (en 3 ejemplares) utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse un formulario por cada titular de pensión o de renta o por cada miembro de la familia de un titular de pensión o de renta

El presente formulario lo expedirá la institución del lugar de residencia y tendrá una duración de un año civil. Ésta lo dirige a la institución competente por mediación del organismo designado para la aplicación del artículo 102 apartado 2 del Reglamento (CEE) nº 574/72.

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega.

(2) El año a indicar es aquel en el que se han concedido las prestaciones.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(4) Completar si se conoce.

(5) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(6) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(7) Completar si se tiene.