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)

Modificado por:

		Diario Oficial		
		nº	página	fecha
►**M1**	Decisión no 166 98/441/CE, de 2 de octubre de 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	modificado por decisión no 202 2006/203/CE, de 17 de marzo de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Decisión no 168 98/443/CE, de 11 de junio de 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	modificado por decisión no 202 2006/203/CE, de 17 de marzo de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Decisión no 179 2002/154/CE, de 18 de abril de 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	modificado por decisión no 187 2003/251/CE, de 27 de junio de 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	modificado por decisión no 202 2006/203/CE, de 17 de marzo de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Decisión no 185 2003/148/CE, de 27 de junio de 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	modificado por decisión no 202 2006/203/CE, de 17 de marzo de 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Decisión no 198 2004/562/CE, de 23 de marzo de 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Decisión no 202 2006/203/CE, de 17 de marzo de 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

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

▼B

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

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 001 [ ] (1)

- ☐ **Solicitud de información**
- ☐ **Notificación de información**
- ☐ **Solicitud de formularios**
- ☐ **Reiteración de solicitud relativa a**
  - ☐ **un trabajador por cuenta ajena**
  - ☐ **un trabajador por cuenta propia**
  - ☐ **un trabajador fronterizo**
  - ☐ **un pensionista**
  - ☐ **un solicitante de una pensión**
  - ☐ **una persona desempleada**
  - ☐ **un familiar a cargo**

Reglamento (CEE) nº 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 presente formulario se utilizará como complemento de otros formularios o para cualquier intercambio de información entre instituciones que no esté previsto en los formularios actualmente en uso, a los que no sustituye en ningún caso.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

Parte A

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....

2. Información relativa al asegurado (2)

2.1 Apellido(s) (3): .....
2.2 Nombre (4): .....
2.3 Apellidos de nacimiento: .....

2.4 Sexo (5): .....

3. Nacionalidad (6): .....

4. Nacimiento

4.1 Fecha de nacimiento (7): .....
4.2 Lugar de nacimiento (8): .....
4.3 Provincia o departamento (9): .....
4.4 País (10): .....

5. Número de identificación personal (11)

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

6. Dirección: .....
.....

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:
.....

▼**M11**

E 001

8. Familiar a cargo ([12]):

8.1 Apellido(s) ([3]): .....

8.2 Nombre ([4]): .....

8.3 Apellidos de nacimiento: .....

8.4 Lugar de nacimiento ([8]): ..... Fecha de nacimiento ([6]): .....

8.5 Sexo: ..... Nacionalidad ([6]): .....

8.6 Número de identificación personal ([11]) .....

en la institución expedidora: .....

en la institución destinataria: .....

8.7 Dirección: .....

.....

9. ☐ Solicitud ☐ Reiteración de la solicitud de fecha: .....

Se ruega enviar en relación con 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. Informaciones diversas

.....

.....

.....

.....

12. Institución que cumplimenta la parte A

12.1 Denominación: .....

12.2 Número de identificación de la institución: .....

12.3 Dirección: .....

.....

12.4 Sello

12.5 Fecha: .....

12.6 Firma: .....

▼M11

E 001

Parte B

13.

En respuesta a su solicitud de ..... le(s) adjuntamos

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

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

.....

13.3 ☐ la(s) información(es) siguiente(s): .....

.....

14.

En respuesta a su solicitud de .....

les comunicamos que no podemos remitirles

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

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

14.3 ☐ la(s) información(es) siguiente(s): .....

14.4 ☐ Motivo(s): .....

.....

.....

15. Informaciones diversas:

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ En relación con el formulario que enviaron el .....

acusamos recibo de la información que figura en el recuadro 10

17. Institución que cumplimenta la parte B

17.1 Denominación: .....

17.2 Número de identificación de la institución: .....

17.3 Dirección: .....

.....

17.4 Sello

17.5 Fecha:

.....

17.6 Firma:

.....

▼M11

E 001

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Los puntos 2.1 a 2.4, que identifican al asegurado, se cumplimentarán cuando sea necesario.

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(5) M = masculino; F = femenino.

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

Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee, o el NIE en el caso de los extranjeros, aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».

(7) 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).

(8) Para las ciudades francesas que comprenden varios distritos, indicar el número del distrito (por ejemplo: París 14). Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.

(9) Información obligatoria para los asegurados de nacionalidad española, francesa o italiana. Esta rúbrica implica la indicación, según los países, 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 del departamento 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.

(10) Código del país de nacimiento del asegurado, conforme a la nota 1.

(11) Para las instituciones italianas, indicar el «código fiscal».

Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de la seguridad social maltesa.

Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.

(12) Cumplimentar si procede.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 103 [ ] (1)

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículos 16.2 y 3
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículos 13.2 y 3; artículos 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.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Opción

1. El abajo firmante

1.1 Apellido(s) (2): .....

1.2 Nombre (3): .....

1.3 Apellidos de nacimiento: .....

1.4 Fecha de nacimiento: .....

1.5. Nacionalidad: .....

1.6 Nº de identificación personal (4): .....

2. que ejerce una actividad laboral desde el .....

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

.....

2.2 (4) ☐ en calidad de .....

al servicio personal del empleador siguiente (5): .....

agente de la misión diplomática o la oficina consular siguiente: .....

.....

2.3 ☐ como agente auxiliar de las Comunidades Europeas

3. declara optar por quedar amparado por la legislación en materia de seguridad social

3.1 (6) ☐ del Estado del que es nacional

3.2 (6) ☐ del Estado bajo cuya legislación ha estado amparado en último lugar, es decir, la legislación de

☐ Bélgica	☐ República Checa	☐ Dinamarca	☐ Alemania	☐ Estonia
☐ Grecia	☐ España	☐ Francia	☐ Irlanda	☐ Italia
☐ Chipre	☐ Letonia	☐ Lituania	☐ Luxemburgo	☐ Hungría
☐ Malta	☐ Países Bajos	☐ Austria	☐ Polonia	☐ Eslovenia
☐ Portugal	☐ Eslovaquia	☐ Finlandia	☐ Suecia	☐ Reino Unido
☐ Islandia	☐ Liechtenstein	☐ Noruega	☐ Suiza	

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: .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma:

.....

▼M11

E 103

B. Declaración

7. Tomamos nota de que el trabajador mencionado en el recuadro 1 está amparado por la legislación de ([6])

☐ Bélgica	☐ República Checa	☐ Dinamarca	☐ Alemania	☐ Estonia
☐ Grecia	☐ España	☐ Francia	☐ Irlanda	☐ Italia
☐ Chipre	☐ Letonia	☐ Lituania	☐ Luxemburgo	☐ Hungría
☐ Malta	☐ Países Bajos	☐ Austria	☐ Polonia	☐ Portugal
☐ Eslovenia	☐ Eslovaquia	☐ Finlandia	☐ Suecia	☐ Reino Unido
☐ Islandia	☐ Liechtenstein	☐ Noruega	☐ Suiza	

7.1 a partir del .....

7.2 durante el período en que ejerza la actividad laboral indicada en la parte A del presente formulario ([7])

8. Institución designada por la autoridad competente

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:

.....

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 empleador y dos ejemplares a la institución designada por la autoridad competente del Estado por cuya legislación haya optado, es decir, a la institución siguiente:*

en **Bélgica**, *a la «Office national de sécurité sociale» (Oficina nacional de la seguridad social), Bruselas;*

en la **República Checa**, *a la «Ceská správa sociálního zabezpecení» (Administración de la seguridad social checa), Praga;*

en **Dinamarca**, a *«Den Sociale Sikringsstyrelse» (Instituto nacional de la seguridad social), Copenhague;*

en **Alemania**, *a la delegación de la «Krankenkasse» de Bonn (Caja del seguro de enfermedad) que elija el trabajador;*

en **Estonia**, *al «Sotsiaalkindlustusamet» (Instituto de la seguridad social), Tallin;*

en **Grecia**, *a la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA);*

en **España**, *a la Tesorería General de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid;*

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

en **Irlanda**, *al «Department of Social and Family Affairs» (Ministerio de Asuntos Sociales y de la Familia), Dublín;*

en **Italia**, *a la oficina local competente del «Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)» (Instituto nacional de previsión social);*

en **Chipre**, *al «Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Departamento de seguridad social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), 1465 Nicosia;*

en **Letonia**, *al «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Instituto nacional de la seguridad social);*

en **Lituania**, *al «Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba» (Caja nacional de la seguridad social), Vilnius;*

en **Luxemburgo**, *al «Centre commun de la sécurité sociale» (Centro común de la seguridad social), Luxemburgo;*

en **Hungría,** *al «Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja regional del seguro de enfermedad para Pest y la capital), Budapest;*

en **Malta**, *al «Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali» (Departamento de seguridad social), La Valeta;*

en los **Países Bajos**, *al «Sociale Verzekeringsbank» (Banco de la seguridad social), Amstelveen;*

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

en **Polonia**, *al «Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)» (Instituto de la seguridad social), Varsovia;*

en **Portugal**, *al «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Departamento de relaciones internacionales y convenios de la seguridad social), Lisboa;*

en **Eslovenia**, *a la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);*

en **Eslovaquia**, *al «Sociálna poist'ovňa» (Instituto de la seguridad social), Bratislava;*

en **Finlandia**, *al «Elaketurvakeskus» (Centro nacional de pensiones), Helsinki;*

en **Suecia**, *al «Försäkringskassan, Huvudkontoret» (Instituto nacional de la seguridad social, oficina central), Estocolmo;*

en el **Reino Unido**, *al «Inland Revenue, Centre for Non-Residents» (Agencia tributaria nacional, Centro para no residentes), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;*

en **Islandia**, *al «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

▼M11

E 103

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

en **Noruega**, *al «Folketrygdkontoret for Utenlandssaker» (Instituto nacional para la seguridad social en el extranjero), Oslo;*

en **Suiza,** *a la «Caisse fédérale de compensation» (Caja federal de compensación), Berna.*

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, a 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

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Para los trabajadores amparados por la legislación belga, indicar el número de identificación en el Registro nacional.

Para los trabajadores amparados por la legislación española, indicar el número de afiliación a la seguridad social.

Para los trabajadores amparados por la legislación maltesa, indicar en el caso de los nacionales malteses, el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.

Para los trabajadores amparados por la legislación eslovaca, indicar el número de nacimiento eslovaco.

Para los trabajadores amparados por la legislación polaca, indicar los números PESEL y NIP o, en su defecto, la serie y el número de la tarjeta de identidad o el pasaporte.

(5) Indicar los apellidos y el nombre del empleador.

(6) Marcar con una cruz la casilla que precede al país correspondiente. 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, únicamente pueden optar por la legislación en materia de seguridad social del Estado del que son nacionales.

(7) Los trabajadores al servicio de las 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.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 104 [ ] (1)

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

Enfermedad – maternidad – defunción (subsidio) – invalidez

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 9.2; artículo 18.1; artículo 38.1; artículo 64
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 6.2; artículo 16; artículo 39.1 y 2; artículo 79

La institución competente cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución del último Estado miembro a cuya legislación haya estado sujeto 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 petición del interesado, la institución que debe entregarlo cumplimentará las partes A.2 y B, y entregará o hará llegar el formulario al propio interesado.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

Parte A

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

.....

2. Persona asegurada

2.1 Apellido(s) (2): .....

2.2 Nombre (3): ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Apellidos de nacimiento: ....

2.4 Número de identificación personal: .....

2.5 A partir de la fecha indicada en el punto de 3.1, el trabajador ha ejercido una actividad laboral:

☐ por cuenta ajena ☐ por cuenta propia en (4) .....

2.6 ☐ Nombre o razón social del último empleador

☐ Última actividad por cuenta propia

.....

Dirección: .....

.....

2.7 ☐ Empleadores anteriores: ☐ Actividades por cuenta propia anteriores:

[nombre o razón social y dirección] .....

....

....

....

....

....

3. A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el trabajador citado en el recuadro 2, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro, empleo o residencia que ha cumplido

3.1 a partir del .....

3.2 con arreglo a la legislación de su país, para la contingencia siguiente:

☐ enfermedad y maternidad (5) ☐ defunción (subsidio) ☐ invalidez (6)

▼**M11**

E 104

4. Institución competente

4.1 Denominación: .....

4.2 Número de identificación de la institución: .....

4.3 Dirección: .....

.....

4.4 Sello

4.5 Fecha: .....

4.6 Firma:

.....

Parte B

5. La persona citada en el recuadro 2

5.1 ☐ ha estado protegida contra la contingencia de enfermedad-maternidad desde la fecha citada en el punto 3.1 (7)

5.2 ☐ ha cumplido desde el .....

6. los siguientes períodos de seguro o de empleo que dan lugar a las prestaciones que figuran a continuación ☐ (5)

6.1	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.2	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.3	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.4	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.5	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.6	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.7	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.8	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.9	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
6.10	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)

7. los siguientes períodos de residencia:

7.1	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.2	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.3	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.4	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.5	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.6	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.7	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.8	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.9	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)
7.10	del	al	(8)	para (9) la contingencia de	☐	(10)

8. Institución que cumplimenta la parte B

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución:

.....

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:

.....

▼M11

E 104

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta en primer lugar el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar el Estado (código ISO).

(5) Únicamente en el caso de que la institución destinataria sea belga, francesa, liechtensteiniana o suiza, indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes: N = prestaciones de especie, E = prestaciones en metálico.

(6) Para las instituciones francesas y letonas.

(7) Cumplimentar únicamente si se trata de una institución competente belga.

(8) Si la certificación va destinada a una institución belga, checa, griega, letona, lituana, polaca o liechtensteiniana, indicar si se trata de períodos de actividad por cuenta propia o por cuenta ajena mediante los códigos siguientes: D = trabajador por cuenta ajena; I = trabajador por cuenta propia.

Si la certificación va destinada a una institución alemana, lituana, luxemburguesa o polaca, indicar los períodos de seguro en el recuadro 7 mediante los códigos siguientes: P = seguro obligatorio; F = seguro voluntario.

(9) Indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes:

A = enfermedad y maternidad; B = defunción (subsidio); O = invalidez.

(10) Si la institución competente es chipriota, alemana, irlandesa, húngara, austriaca o británica, marcar con una cruz esta casilla en caso de que el período de seguro o de residencia corresponda a un período de actividad laboral y precisar si se trata de una actividad por cuenta propia o ajena.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 106 [ ] (1)

CERTIFICADO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE POR LAS CONTINGENCIAS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD PARA LOS RESIDENTES EN UN PAÍS DISTINTO DEL COMPETENTE

Trabajadores por cuenta propia o ajena y miembros de la familia convivientes; miembros de la familia de trabajadores desempleados

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 25.3.i
Reglamento (CEE) nº 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 trabajador, o los hará llegar (en su caso, a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se tramita a petición de ésta. Esta última institución, una vez que haya recibido ambos ejemplares, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos a la institución competente.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Certificación del derecho

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
1.4 Referencia: su formulario E 107 del .....

2. Persona asegurada

2.1 Apellido(s) (3):
.....
2.2 Nombre (4): Fecha de nacimiento:
....
2.3 Apellidos de nacimiento: .....
2.4 Dirección en el país de residencia: .....
.....
2.5 Número de identificación personal:
.....
2.6 La persona asegurada ☐ ejerce una actividad por cuenta ajena
2.7 La persona asegurada ☐ ejerce una actividad por cuenta propia
2.8 La persona asegurada ☐ ejerce una actividad fronteriza por cuenta ajena
2.9 La persona asegurada ☐ ejerce una actividad fronteriza por cuenta propia
2.10 La persona asegurada ☐ está desempleada

3. Miembro de la familia (5)

3.1 Apellido(s) (3):
.....
3.2 Nombre (4): Fecha de nacimiento:
....
3.3 Apellidos de nacimiento: .....
3.4 Dirección en el país de residencia: .....
.....
3.5 Nº de identificación personal: .....

4.1 ☐ El trabajador mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia convivientes (6)

4.2 ☐ Los miembros de la familia del trabajador desempleado que se menciona en el recuadro 2 (6)

5. tendrán derecho a percibir prestaciones en especie por enfermedad y maternidad a partir del .....

▼M11

E 106

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 apartado 5 (7)

6.3 ☐ hasta el ..... inclusive (8)

7. Institución competente para el seguro de enfermedad-maternidad

7.1 Denominación: .....

7.2 Número de identificación de la institución: .....

7.3 Dirección: .....

.....

.....

7.4 Sello

7.5 Fecha: .....

7.6 Firma:

.....

B. Notificación de la inscripción (9)

8.

8.1 ☐ La persona asegurada citada en el recuadro 2 y los miembros de su familia

8.2 ☐ Los miembros de la familia de la persona desempleada que se mencionan en el recuadro 3

8.3 ☐ han sido inscritos en nuestra institución el .....

8.4 ☐ no han podido inscribirse en nuestra institución por el motivo siguiente .....

.....

9.

	Apellido(s) (3)	Nombre (4)	Apellidos de nacimiento	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....

10.2 Número de identificación de la institución: .....

10.3 Dirección: .....

.....

.....

10.4 Sello

10.5 Fecha: .....

10.6 Firma:

.....

▼M11

E 106

Indicaciones para el trabajador

a) *El presente formulario da derecho al trabajador y a los miembros de su familia a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si el trabajador se encuentra en situación de 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 aquél en el que está asegurado.*

b) *Los dos ejemplares del formulario que obran en poder del asegurado deberán remitirse a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia. En caso de desempleo del trabajador, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia de éstos.*

c) *Las instituciones del seguro de enfermedad-maternidad son las siguientes:*

en **Bélgica**, *la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*

en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Dinamarca**, *la autoridad municipal del lugar de residencia;*

en **Alemania**, *la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) elegida por el interesado;*

en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*

en **Grecia**, *por regla general, la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará 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 Seguridad Social del lugar de residencia; si se requieren prestaciones, puede acudirse a los servicios médicos y hospitalarios del sistema sanitario de la seguridad social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*

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

en **Irlanda**, *la delegación local del «Health Service Executive» (Servicio nacional de salud);*

en **Italia**, *por regla general la «Unità sanitaria locale (ASL)» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado 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 Sanidad, Oficina de la marina mercante y la aviación civil);*

en **Chipre**, *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*

en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*

en **Lituania**, *el Instituto territorial del paciente, instituciones de enfermedad y maternidad;*

en **Luxemburgo**, *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*

en **Hungría**, *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» competente (Caja local del seguro enfermedad);*

en **Malta**, *la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23 St. John Street, La Valeta;*

en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*

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

en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*

en **Portugal**, *para el* **continente**: *el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para* **Madeira**, *el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las* **Azores**: *el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*

en **Eslovenia**, *el «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);*

en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*

en **Finlandia**, *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*

en **Suecia**, *la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia;*

en el **Reino Unido**, *el «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre» (Ministerio de Trabajo y Pensiones, Servicio de pensiones, Centro de pensiones internacionales), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; o para Irlanda del Norte, el «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (Departamento de desarrollo social, Prestaciones de ultramar), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*

en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

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

en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*

en **Suiza,** *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*

d) *Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el apartado 5 y durante el período señalado en el recuadro 6, correspondiente a la casilla marcada con una cruz.*

e) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya remitido el formulario.*

▼M11

E 106

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

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

(3) Indicar los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(5) Cumplimentar únicamente si el formulario está destinado a miembros de la familia de un trabajador desempleado. A efectos del alta, facilitar los datos de un solo miembro de la familia, ya que la legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.

(6) La legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.

(7) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.

(8) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución griega, húngara o británica para trabajadores por cuenta propia o ajena.

(9) Si se extiende el presente formulario para renovar una certificación expedida anteriormente, no es necesario cumplimentar la parte B.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 107 [ ] (1)

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; 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 (CEE) nº 574/72: artículo 17.1; artículo 21.1; artículo 22.1 y 3; artículo 23; artículo 27 (primera frase); artículo 28; artículo 29.1 y 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, con arreglo a lo dispuesto en los artículos del Reglamento (CEE) nº 574/72 citados en la referencia. Si esta última institución estima no poder enviar el formulario solicitado, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos ejemplares a la institución que se los ha remitido. 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 profesional reconocida.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. La institución del lugar de residencia o de estancia deberá cumplimentar esta parte

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

.....

2. ☐ Persona asegurada

2.1 Apellido(s) (2): .....

2.2 Nombre (3): ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Apellidos de nacimiento: .....

2.4 Dirección: .....

.....

2.5 Nº de identificación personal (4): .....

2.6 ☐ Titular ☐ Solicitante

de una pensión o renta por la contingencia de

☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia

☐ accidente de trabajo ☐ enfermedad profesional

2.7 Institución deudora de la pensión o renta: .....

3. ☐ Último empleador (5) ☐ Última actividad por cuenta propia (5)

3.1 Nombre o razón social: .....

3.2 Dirección: .....

.....

3.3 Rama de actividad (6): .....

3.4 Institución del seguro de accidentes de trabajo a la que esté afiliado el empleador (7): .....

.....

.....

.....

▼**M11**

E 107

4. Miembros de la familia (8)

4.1 Apellido(s) (2)	Nombre (3)	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal (4)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Dirección en el país de residencia (9) .....
.....

5. Hemos recibido con fecha de ..... una solicitud de la persona contemplada
☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 4
relativa a

5.1 ☐ la percepción de prestaciones en especie

5.2 ☐ la conservación del derecho a percibir prestaciones en especie

5.3 ☐ la inscripción en nuestra institución como beneficiario de prestaciones en especie

6. Las prestaciones en especie ☐ han sido concedidas ☐ no han sido concedidas

6.1 con arreglo al artículo ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 del Reglamento (CEE) nº 574/72.

6.2 El solicitante ☐ no ha vuelto a ejercer una actividad laboral hasta este momento
☐ ha ejercido la siguiente actividad laboral:
.....

7. Rogamos nos envíen la certificación del derecho a prestaciones mediante el documento siguiente:
☐ el formulario E .....
☐ un Certificado Provisional Sustitutorio de la tarjeta sanitaria europea o bien una Tarjeta Sanitaria Europea (si se puede expedir de conformidad con la legislación del Estado competente)

con validez del ..... al .....

8. ☐ Se adjunta informe médico (10)

9. Institución del lugar de residencia o de estancia

9.1 Denominación: .....
9.2 Número de identificación de la institución: .....
9.3 Dirección: .....
9.4 .....
Sello
9.5 Fecha: .....
9.6 Firma:
.....

▼M11

E 107

B. La institución competente deberá cumplimentar esta parte

10.

10.1 ☐ Adjunto remitimos el formulario citado anteriormente con el ruego de que nos devuelva un ejemplar debidamente cumplimentado y firmado (11).

10.2 ☐ No nos es posible expedir la certificación solicitada en la parte A por el motivo siguiente:

.....

.....

11. Institución competente

11.1 Denominación: .....

11.2 Número de identificación de la institución:

11.3 Dirección: .....

.....

.....

11.4 Sello

11.5 Fecha:

.....

11.6 Firma:

.....

▼M11

NOTAS

E 107

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Para las instituciones italianas, indicar el «codice fiscale» (número de identificación fiscal).

Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.

Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.

Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee, o el NIE en el caso de los extranjeros aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».

(5) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador que ejerce una actividad por cuenta propia o ajena o bien que está desempleado.

(6) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador por cuenta ajena que presumiblemente haya sufrido un accidente de trabajo.

(7) Para España: la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social o bien la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina en relación con el régimen especial de los trabajadores del mar.

(8) Cumplimentar únicamente en el caso de miembros de la familia para los que se haya presentado una solicitud de prestaciones o de alta en la institución. Para darse de alta, indicar los datos de un solo miembro de la familia.

(9) Cumplimentar únicamente si la dirección de los miembros de la familia difiere de la del trabajador.

(10) Solamente se adjuntará si procede. En tal caso, marcar la casilla con una cruz.

(11) Para las instituciones neerlandesas y suizas, y siempre que lo admita el tipo de formulario que debe remitirse.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 108 [ ] (1)

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

Residentes en un país distinto del competente

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a y 2; artículo 25.3.i; artículo 26.1; artículo 28.1.a; artículo 29.1.a
Reglamento (CEE) nº 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 o la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares del mismo a la institución del lugar de residencia o a la institución competente, según proceda (en su caso, a través del organismo de enlace). La institución destinataria del formulario cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución que lo ha expedido.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Notificación

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

.....

2. ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador fronterizo (por cuenta ajena)
☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Trabajador fronterizo (por cuenta propia)
☐ Persona desempleada
☐ Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
☐ Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)
☐ Solicitante de una pensión o renta

2.1 Apellido(s) (2):

.....

2.2 Nombre (3): ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Apellidos de nacimiento: .....

2.4 Dirección en el país de residencia: .....

.....

2.5 Número de identificación personal (4):

.....

3. Miembro de la familia (5)

3.1 Apellido(s) (2):

.....

3.2 Nombre (3): ..... Fecha de nacimiento: .....

3.3 Apellidos de nacimiento: .....

3.4 Dirección en el país de residencia: ....

3.5 Número de identificación personal:

.....

▼M11

E 108

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

4.1 ☐ La persona asegurada indicada en el recuadro 2 ha dejado de estar asegurada desde el .....

4.2 Ninguno de los miembros de la familia de la persona asegurada inscritos reside en nuestro ☐ su ☐ país desde el
.....

4.3 La pensión o la renta del titular indicado en el recuadro 2 ha sido suspendida o suprimida desde el .....

4.4 La persona con derecho a prestaciones contemplada en el recuadro 2

o bien

☐ el miembro de la familia contemplado en el recuadro 3

☐ no reside en nuestro ☐ su ☐ país desde el ..... (fecha)

☐ falleció el ..... (fecha)

4.5 ☐ El miembro de la familia contemplado en el recuadro 3 no cumple las condiciones requeridas por la legislación del Estado de residencia desde el
.....

4.6 ☐ ([6]) .....

5. ☐ Institución competente ☐ Institución del lugar de residencia

5.1 Denominación: .....

5.2 Número de identificación de la institución: .....

5.3 Dirección: .....
.....

5.4 Sello

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma:
.....

B. Acuse de recibo

6. Hemos recibido la anterior notificación (Parte A) el .....

7. ☐ La inscripción de la(s) persona(s) indicada(s) en la parte A finaliza el .....

☐ Confirmamos la suspensión o la supresión del derecho a las prestaciones notificada en el apartado 4, a partir de:
.....

8. ☐ Institución competente ☐ Institución del lugar de residencia

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....
.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:
.....

▼M11

E 108

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Para las instituciones italianas, indicar el «codice fiscale» (número de identificación fiscal).

Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.

Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.

Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee o el NIE en el caso de los extranjeros aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».

(5) Cumplimentar si la expiración del derecho a prestaciones afecta a miembros de la familia.

(6) Debe precisarse el motivo de la suspensión/supresión mediante una de las letras que figuran a continuación:

a) el titular de la pensión o renta ha iniciado una actividad laboral en el país de residencia;

b) un miembro de la familia ha iniciado una actividad laboral en el país de residencia;

c) impago de las cotizaciones;

d) otros.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 109 [ ] (1)

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

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.2
Reglamento (CEE) nº 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 los 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. Si los miembros de la familia del trabajador residen en el Reino Unido, la institución competente remitirá ambos ejemplares a la dirección siguiente: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Una vez recibidos estos documentos, la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución competente. Si los miembros de la familia residen en países distintos, deberá expedirse una certificación distinta para cada uno de dichos países.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Certificación del derecho

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
1.4 Referencia: su formulario E 107 del .....

2. Trabajador

2.1 Apellido(s) (3): .....
2.2 Nombre (4): ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3 Apellidos de nacimiento: .....
2.4 Dirección: .....
.....
2.5 Número de identificación personal: .....
2.6 El trabajador ☐ ejerce una actividad por cuenta propia

3. Miembro de la familia

3.1 Apellido(s) (3): .....
.....
3.2 Nombre (4): ..... Fecha de nacimiento: .....
3.3 Apellidos de nacimiento: .....
3.4 Dirección: .....
.....
3.5 Número de identificación personal: .....

4. Los miembros de la familia del trabajador mencionado en el recuadro 2 tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad salvo que

☐ tengan ya derecho en virtud de la legislación del país donde residen (5)

☐ ejerzan una actividad profesional (5)

5. Este derecho comienza el .....

▼M11

E 109

6. Y se mantiene

6.1 ☐ hasta la anulación de la presente certificación

6.2 ☐ durante un año desde la fecha señalada en el apartado 5 ([6])

6.3 ☐ hasta la fecha prevista de finalización del trabajo de temporada, es decir

6.4 ☐ hasta el ([7]) …….. inclusive.

7. ☐ Tarjeta Sanitaria Europea

Por favor, devuelvan la Tarjeta Sanitaria Europea de los miembros de la familia mencionados en el apartado 3 con número ..... y válida hasta .....

8. Institución competente

8.1 Denominación:
.....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....
.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:
.....

B. Notificación de la inscripción ([8])

9. ☐ ([9])

Los siguientes miembros de la familia no han sido inscritos:

	Apellido(s) ([3])	Nombres ([4])	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

por el motivo siguiente:

☐ No tienen derecho a prestaciones.

☐ Ya tienen derecho a percibir prestaciones en especie.

☐ Otros.

10. ☐ ([9])

Los siguientes miembros de la familia del trabajador mencionado en el recuadro 2 han sido inscritos:

	Apellido(s) ([3])	Nombres ([4])	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 El coste de estas prestaciones corre a su cargo. La fecha que se toma como punto de partida para el cálculo del importe a tanto alzado que contempla el artículo 94 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es la siguiente: el .....

(2)

▼**M11**

E 109

11.	Tarjeta Sanitaria Europea
11.1	☐ Se adjunta la Tarjeta Sanitaria Europea con número ..... solicitada en el apartado 7
11.2	☐ Indiquen las medidas a aplicar en relación con la Tarjeta Sanitaria Europea emitida al miembro de la familia mencionado en el apartado 3 con número ..... y válida hasta .....

12.	Institución del lugar de residencia		
12.1	Denominación:		
12.2	Número de identificación de la institución:		
12.3	Dirección:		
	.....		
12.4	Sello	12.5	Fecha: .....
		12.6	Firma: .....

Indicaciones para el trabajador

a) *El presente formulario permite a los miembros de la familia del trabajador beneficiarse de prestaciones en especie en caso de enfermedad o maternidad en el país en que residen y conforme a la legislación de dicho país, a menos que tengan ya derecho en virtud de dicha legislación.*

b) *Una vez que el trabajador reciba los dos ejemplares del presente formulario, debe enviarlos a los miembros de su familia, que los presentarán* ***inmediatamente*** *ante la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia, es decir:*

en **Bélgica,** *la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*
en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*
en **Dinamarca**, *la autoridad municipal del lugar de residencia;*
en **Alemania**, *la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) elegida por el interesado;*
en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*
en **Grecia**, *por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará 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 Seguridad Social;*
en **Francia**, *la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es afirmativa, el formulario puede enviarse a la «Société de secours minière» (Sociedad de asistencia minera);*
en **Irlanda**, *la delegación local del «Health Service Executive» (Servicio nacional de salud);*
en **Italia**, *por regla general la «Unità sanitaria locale» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio;*
en **Chipre**, *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; instituciones de enfermedad y maternidad; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*
en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*
en **Lituania**, *el Instituto territorial del paciente, instituciones de enfermedad y maternidad;*
en **Luxemburgo**, *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*
en **Hungría**, *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» competente (Caja local del seguro enfermedad);*
en **Malta**, *la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23 St. John Street, La Valeta;*
en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*
en **Austria**, *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia;*
en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*
en **Portugal**, *para el* **continente**: *el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para* **Madeira:** *el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las* **Azores**: *el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*
en **Eslovenia**, *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);*
en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*
en **Finlandia**, *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*
en ***Suecia***, *la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia;*
en el **Reino Unido**, *el «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre» (Ministerio de Trabajo y Pensiones, Servicio de pensiones, Centro de pensiones internacionales), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; o para* **Irlanda del Norte**, *el «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (Departamento de desarrollo social, Prestaciones de ultramar), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
en **Islandia**, *al «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*
en **Liechtenstein**, *el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*
en **Noruega**, *el «lokale trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*
en **Suiza**, *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*

c) *Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el apartado 5 y durante el período señalado en el recuadro 6, correspondiente a la casilla marcada con una cruz.*

d) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya remitido el formulario.*

▼M11

E 109

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

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

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(5) Marcar la casilla con una cruz si el formulario está destinado a una institución irlandesa o británica.

(6) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.

(7) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución griega, húngara o británica para trabajadores por cuenta propia o ajena.

(8) Si se extiende el presente formulario para renovar una certificación expedida anteriormente, la institución del lugar de residencia no necesita cumplimentar la parte B.

(9) Cumplimentar el apartado 9 ó 10, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente

▼M10

▼M6

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 22 bis*; artículo 31.a; artículo. 34* bis
Reglamento 574/72: artículo 20.4; artículo. 21.1; artículo 23; artículo. 31.1 y 3

(ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO NO CAUSARÁ DERECHO ALGUNO SI EL OBJETIVO DEL VIAJE ES RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO EN EL EXTRANJERO.)

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados) ☐ Estudiante

☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados) ☐ Otras personas aseguradas

(Apellido(s) (1 bis), Apellido(s) anterior(es) (1 bis), DNI (2 bis), Dirección (2))

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

2 Miembros de la familia (3)

2.1 Apellido(s) (1 bis)	Nombre	Apellido(s) anterior(es)	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 .....

▼M6

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 líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; 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 trabajador 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 ésta. 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, al estudiante u otra persona asegurada y a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en otro Estado miembro distinto del Estado competente, y*

— *al titular de pensión o de renta 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,*

para obtener de los organismos aseguradores del país de estancia las prestaciones en especie en caso de enfermedad, (incluido en caso de enfermedades crónicas o de enfermedades preexistentes) o de maternidad y, con carácter provisional, en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

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 caja del seguro de enfermedad elegida 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 cual no se otorgarán las prestaciones en especie;***

▼M6

E 111

en **España,** *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 del seguro de enfermedad);*

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

en **Italia,** *por regla general, la «Unità 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,** *el seguro de enfermedad de los obreros;*

en **los Países Bajos,** *la «ANOZ Verzekeringen» (Mutua general de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht. La asistencia del médico, dentista o farmacéutico podrá solicitarse sin contactar previamente la «ANOZ Verzekeringen»; si la persona debe ser hospitalizada, el hospital enviará el impreso de ingreso y el formulario E 111 a ANOZ Verzekeringen;*

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

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), en Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), en Angra do Heroísmo;*

en **Finlandia,** *la oficina local del «kansaneläkelaitos» (Instituto de Seguro Social) si se solicita reintegro 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 en los hospitales públicos;*

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;*

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

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

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 sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), 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.

(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.

(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.

▼M6

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

RÉGIMEN NO ASALARIADOS

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

(ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO NO CAUSARÁ DERECHO ALGUNO SI EL OBJETIVO DEL VIAJE ES RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO EN EL EXTRANJERO.)

1 ☐ Trabajador + no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta [(Apellido(s) (1 bis), Apellido(s) anterior(es) (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	Apellido(s) anterior(es)	Fecha de nacimiento	Número 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 .....

①

▼M6

RÉGIMEN NO ASALARIADOS | **E 111** | **B**

4.14 Validación del ..... al ..... 4.15 Sello 4.16 Fecha ..... 4.17 Firma	4.18 Validación del ..... al ..... 4.19 Sello 4.20 Fecha ..... 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 ésta. 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 faculta:*

— *al trabajador no asalariado y a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en otro Estado miembro distinto del Estado competente, y*

— *al titular de pensión o renta del régimen de no asalariados 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,*

para obtener de los organismos aseguradores del país de estancia las prestaciones en especie únicamente en caso de hospitalización (incluido en caso de enfermedades crónicas o de enfermedades preexistentes).

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

en **Alemania,** *el seguro de enfermedad 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 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,** *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,** *por regla general, la «Unità Sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la salud) competente según el territorio;*

en **Luxemburgo,** *el seguro de enfermedad de los obreros;*

en los **Países Bajos,** *la «ANOZ Verzekeringen», (Mutua general de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht;*

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

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), en Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (Dirección regional de salud), en Angra do Heroísmo.*

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

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

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

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

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

NOTAS

(*) Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), 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.

([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 italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación 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.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 112 [ ] (1)

CERTIFICADO RELATIVO AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN CURSO POR ENFERMEDAD O MATERNIDAD

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 22.1.b.i; artículo 22.1.c.i; artículo 22.3; artículo 22 bis*; artículo 31*
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 22.1 y 3; artículo 23; artículo 31.1 y 3

La institución competente o, en su caso, la institución del lugar de residencia del trabajador, el pensionista o el miembro de la familia cumplimentará el presente formulario y lo entregará al interesado. Si el trabajador o el pensionista se desplaza al Reino Unido, deberá enviarse también un ejemplar del formulario a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de dos páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. ☐ Trabajador por cuenta ajena
☐ Trabajador por cuenta propia
☐ Pensionista (trabajador por cuenta ajena)
☐ Pensionista (trabajador por cuenta propia)
☐ Persona asegurada
☐ Miembro de la familia del trabajador por cuenta ajena
☐ Miembro de la familia del trabajador por cuenta propia
☐ Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta ajena)
☐ Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta propia)
☐ Miembro de la familia de la persona asegurada

1.1 Apellido(s)(2):
.....

1.2 Nombre(3): ..... Fecha de nacimiento: .....

1.3 Apellidos de nacimiento: .....

1.4 Dirección en el país competente:
.....

1.5 Dirección en el país al que se dirige el interesado:
.....
.....

1.6 Número de identificación personal(4):

2. La persona contemplada en el recuadro anterior conserva el derecho a percibir prestaciones en especie
☐ del seguro de enfermedad-maternidad ☐ de un seguro de accidentes no laborales(5)
en ..... (país), adonde se dirige

2.1 ☐ para establecer allí su residencia

2.2 ☐ para recibir tratamiento en(6)
.....
.....
o en cualquier otro centro de naturaleza similar, si el tratamiento requiere un traslado desde el punto de vista médico.

2.3 ☐ para enviar muestras biológicas que deberán ser analizadas sin que el interesado deba acudir personalmente

3. El interesado podrá percibir dichas prestaciones presentando este certificado,
del ..... al ..... inclusive.

4. El informe de nuestro inspector médico

4.1 ☐ se adjunta al presente certificado en un sobre cerrado

4.2 ☐ se envió el ..... a(7) .....

4.3 ☐ se enviará en caso de solicitarse

4.4 ☐ no ha sido elaborado

5. Institución competente

5.1 Denominación: .....

5.2 Número de identificación de la institución: .....

5.3 Dirección: .....
.....

5.4 Sello

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma:
.....

▼**M11**

E 112

Indicaciones para el interesado

El presente certificado deberá presentarse a la mayor brevedad en la institución del seguro de enfermedad-maternidad de lugar al que esté previsto desplazarse, es decir:

en **Bélgica**, *la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*
en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) de su elección;*
en **Dinamarca**, *la persona/el centro que atienda al paciente, por regla general el médico de familia, que lo remitirá, en su caso, a un especialista;*
en **Alemania**, *la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) elegida por el interesado;*
en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*
en **Grecia**, *por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie;*
en **España**, *los servicios médicos u hospitalarios del sistema de salud que cubre la Seguridad Social española, para los cuales debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*
en **Francia**, *la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad);*
en **Irlanda**, *la delegación local del «Health Service Executive» (Servicio nacional de salud);*
en **Italia**, *por regla general la «Unità sanitaria locale (ASL)» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio;*
en **Chipre**, *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia;*
en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*
en **Lituania**, *el Instituto territorial del paciente, instituciones de enfermedad y maternidad;*
en **Luxemburgo**, *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*
en **Hungría**, *la persona/el centro que atienda al paciente;*
en **Malta**, *la persona/el centro del Servicio nacional de salud (médico, odontólogo, centro hospitalario o de salud) que atienda al paciente;*
en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia o bien, en caso de estancia temporal, el «Agis zorgverzekeringen», Utrecht;*
en **Austria**, *la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia o estancia;*
en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia o estancia;*
en **Portugal**, *para el* **continente**: *la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de residencia o estancia;* para **Madeira**: *el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia;* para las **Azores**: *el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia;*
en **Eslovenia**, *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia o estancia;*
en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*
en **Finlandia**, *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse al Centro de salud municipal o al hospital público que atienda al paciente;*
en **Suecia**, *al «Försäkringskassan» (Oficina local de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse a la institución que atienda al paciente;*
en el **Reino Unido**, *los servicios sanitarios (médico, odontólogo, hospital, etc.) que atiendan al paciente;*
en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (*Instituto nacional de la seguridad social*), Reikiavik;*
en **Liechtenstein**, *el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*
en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social);*
en **Suiza,** *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn; el presente formulario debe presentarse al médico o al centro hospitalario que atienda al paciente.*

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
(3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
(4) Indicar el número de afiliación del trabajador si el miembro de la familia no dispone de un número de afiliación propio.
(5) Cumplimentar únicamente si se trata de las instituciones francesas para los trabajadores del campo autónomos.
(6) Cumplimentar si es posible.
(7) Indicar la denominación y la dirección de la institución a la que se ha enviado el informe médico.

———

▼M5

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 22 bis*; artículo 22* ter*; artículo 25.1 y 3.i; artículo 26; artículo 31.a; artículo 34* bis*; artículo 34* ter*; 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 cumplimentarlo 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) ☐ Estudiantes
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados) ☐ Otras personas aseguradas
☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (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 ..... Apellido(s) anterior(es) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (3)
.....
3.4 Número de identificación (2b): .....

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.

①

▼M5

E 113

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 .....

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 sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a 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]) 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 españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (DNI) si se posee, aunque esté caducado, o de pasaporte/NIF. 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 las necesidades de las instituciones portuguesas

([9]) Señálese con una cruz, si procede.

②

▼M5

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 22 bis*; artículo 22* ter*; artículo 24; artículo 25.1 y 3.i; artículo 26; artículo 31.a; artículo 34* bis*; artículo 34* ter*; 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) ☐ Estudiantes
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados) ☐ Otras personas aseguradas
☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (3 *bis*)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (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 ..... Apellido(s) anterio(res) ..... 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 el .....
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.

▼M5

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 sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), 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 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]) 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 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]) 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 casilla correspondiente.

([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.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 115 [ ] (1)

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii
Reglamento (CEE) nº 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, que 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 trabajador desempleado, deberán expedirse dos ejemplares suplementarios, de los cuales uno se remitirá a la institución competente en materia de seguro de desempleo, y otro a la institución correspondiente del país adonde se haya desplazado dicho trabajador para buscar empleo.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. Institución competente

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección: .....

.....

1.3 Número de identificación de la institución:

.....

2. ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Persona en desempleo

2.1 Apellido(s) (2): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....

2.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Número de identificación personal:

.....

2.4 a quien se ha expedido un formulario E 119 el ..... (3)

a quien se ha expedido un formulario E 303 el ..... (3)

3. Empleador (4)

3.1 Nombre o razón social del empleador o de la empresa: .....

3.2 Dirección: .....

.....

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

4. El trabajador mencionado en el recuadro 2 solicitó el ..... (fecha) prestaciones económicas por

☐ hospitalización del ..... al ..... (fechas) en un centro hospitalario, de prevención o de rehabilitación (6)

☐ incapacidad temporal

debido a

4.1 ☐ enfermedad ☐ maternidad (fecha prevista del nacimiento: .....)

☐ accidente de trabajo ☐ accidente ocurrido el ..... (fecha)

☐ enfermedad profesional ☐ adopción ☐ remuneración reducida por maternidad o adopción

▼M11

E 115

5. El certificado del médico que le atiende
☐ se adjunta ☐ no ha podido facilitarse

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

6.1 ☐ la incapacidad temporal comenzó el .....
y se prolongará probablemente hasta el .....

6.2 ☐ no existe incapacidad temporal ([7])

7. ☐ Consideramos que este caso no se ajusta a las disposiciones de nuestra legislación por los motivos siguientes:
.....
.....

8. ☐ La incapacidad temporal se originó presumiblemente en un accidente con responsabilidad de terceros.

8.1 ☐ La incapacidad temporal se debió a otras circunstancias específicas que se detallan en la documentación adjunta.

8.2 ☐ Se adjunta un informe del accidente con la dirección de la tercera parte involucrada.

8.3 ☐ Se adjunta otra documentación relativa a la causa de la incapacidad temporal.

9. ☐ Estamos en disposición de facilitar las prestaciones económicas al interesado en su nombre. Rogamos nos hagan saber su conformidad con este procedimiento y, en caso afirmativo, nos remitan cualquier otra información que se requiera para el pago de las prestaciones ([8]).

10. ☐ No estamos en disposición de facilitar las prestaciones económicas al interesado en su nombre.

B. ☐ ([5]) **Prórroga de la incapacidad temporal**

11. En relación con

11.1 ☐ nuestro formulario E 115 del ..... (fecha)

11.2 ☐ nuestro formulario E 117 del ..... (fecha)

11.3 les comunicamos que, en opinión de nuestro inspector médico,
☐ cuyo informe se adjunta
☐ cuyo informe se enviará a la mayor brevedad
el trabajador mencionado en el recuadro 2 se mantendrá previsiblemente en situación de incapacidad temporal hasta el ..... inclusive.

12. Institución del lugar de residencia o de estancia

12.1 Denominación: .....

12.2 Número de identificación de la institución: .....

12.3 Dirección: .....
.....

12.4 Sello

12.5 Fecha: .....

12.6 Firma:
.....

▼M11

E 115

Indicaciones para el interesado

En Italia, debe enviarse el presente formulario a la oficina local del «Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)» (Instituto nacional de la previsión social) en caso de enfermedad o maternidad, y al «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)» (Instituto nacional del seguro contra accidentes laborales) en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En los Países Bajos, si no se conoce la institución competente del seguro de enfermedad, debe enviarse el formulario a la dirección siguiente: UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

En Eslovenia, debe enviarse el formulario al «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centro de labores sociales Ljubljana Bežigrad, Unidad central de protección parental y prestaciones familiares) en caso de prestaciones económicas por maternidad, y a la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) en caso de incapacidad temporal.

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador desempleado.

(4) Para los trabajadores desempleados, indicar el último empleador.

(5) Cumplimentar la parte A o B y marcar con una cruz la casilla correspondiente a la parte rellenada.

(6) En relación con los afiliados a una Caja alemana del seguro de enfermedad o bien a una institución austriaca o belga, si la institución de seguridad social del lugar de residencia desconoce la fecha exacta del alta del trabajador en el momento de extenderse el presente formulario, debe facilitarse esta información más adelante, a la mayor brevedad.

(7) Se ruega adjuntar una copia del formulario E 118 enviado al interesado.

(8) Si el formulario se envía a una institución alemana, italiana, húngara o polaca, no es necesario marcar esta casilla.

▼M11

**COMISIÓN ADMINISTRATIVA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES**

E 116 | * | (1)

**INFORME MÉDICO EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL
(ENFERMEDAD, MATERNIDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL)**

Reglamento (CEE) nº 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 (CEE) nº 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

En caso de enfermedad o maternidad, deberá presentarse este informe adjunto al formulario E 115, cumplimentado por el médico de la institución que ha expedido dicho formulario. Deberá enviarse en sobre cerrado (2).

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
1.4 Referencia: nuestro formulario E 116 del ..... (fecha)

2. Adjunto a un formulario E 115 del ..... (fecha)

3. El interesado

3.1 Apellido(s) (3): .....
.....
3.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual):
.....
3.3 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
3.4 Dirección en el país de residencia o estancia: .....
.....
3.5 Número de identificación personal:
.....

4. El abajo firmante, ... doctor de medicina,
habiendo examinado a la persona que se cita en el recuadro 3
el día .....
4.1 considera que se trata de
☐ un caso de enfermedad ☐ un caso de maternidad (fecha prevista del nacimiento: .....)
4.2 debido probablemente a
☐ un accidente de trabajo ☐ una enfermedad profesional ☐ un accidente
4.3 ☐ una recaída o agravamiento

▼M11

E 116

A. Informe general

5. Se cumplimentará en todos los casos

5.1 Historial médico y síntomas actuales: .....

.....

.....

5.2 Reconocimento médico: .....

.....

.....

5.3 Otras observaciones: .....

.....

.....

5.4 Reconocimientos especiales (4): .....

.....

.....

5.5 Diagnóstico: .....

.....

.....

5.6 Conclusiones: .....

.....

.....

5.7 ☐ No se considera al interesado en situación de incapacidad laboral

5.8 ☐ Se considera al interesado en situación de incapacidad laboral

del ..... al .....

5.9 ☐ Se considera al interesado en situación de incapacidad laboral parcial en un

(..... %) del ..... al ..... (5)

5.10 ☐ El interesado será sometido a un nuevo reconocimiento médico el .....

5.11 ☐ El interesado estará en disposición de trabajar el .....

B. Informes en caso de accidente de trabajo

6. Primer informe médico

6.1 Este accidente ha ocasionado las siguientes lesiones (6): .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

6.3 La incapacidad temporal comenzó el .....

6.4 La víctima es atendida

☐ en su domicilio ☐ en la consulta del médico

☐ en el hospital ☐ en otro lugar

Dirección (8):

.....

.....

▼M11

E 116

7. Último informe médico

7.1 Tratamiento concluido el: .....

7.2 Estabilización de las lesiones el: .....

7.3 ☐ sin secuelas

7.4 ☐ con las probables secuelas que se citan a continuación:

.....

.....

.....

7.5 Descripción detallada del estado de la víctima después de su curación o de la conclusión del tratamiento médico:

.....

.....

.....

.....

8. Institución del lugar de residencia o de estancia:

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:

.....

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) En caso de solicitarse prestaciones de maternidad que deba abonar Bélgica, no se requiere el formulario E 116. Para Bélgica, este formulario debe enviarse siempre en primer lugar a la institución competente del seguro de enfermedad. Para la República Checa, Liechtenstein, Finlandia, Noruega y Suecia, el informe debe cumplimentarlo el médico que trata al afectado. La institución del seguro verificará posteriormente dicho informe.

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar el tipo de reconocimiento y la fecha.

(5) Para las instituciones noruegas.

(6) Indicar el tipo y naturaleza de las lesiones o de 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 probable.

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

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 117 [ ] (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii
Reglamento (CEE) nº 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 enviará a la institución del lugar de residencia o de estancia. Asimismo, eberá informar al trabajador en caso de que las prestaciones económicas sean abonadas por la institución del lugar de residencia.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de dos páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. Institución del lugar de residencia o de estancia

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

.....

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

3. ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Persona en desempleo

3.1 Apellido(s) (2): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....

3.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia: .....

.....

3.4 Número de identificación personal:

.....

4. La persona que se contempla en el recuadro 3

4.1 ☐ tiene derecho a percibir prestaciones económicas provisionalmente
del ..... al ....., con posibilidad de prórroga.

4.2 ☐ no tiene derecho a percibir prestaciones económicas.
Motivo: véase el formulario E 118 adjunto.

4.3 ☐ no tiene derecho a percibir prestaciones económicas a partir del ..... (fecha)
Motivo: véase el formulario E 118 adjunto.

5. Estas prestaciones serán abonadas (3)

5.1 ☐ por nuestra institución

5.2 ☐ por su institución a nuestro cargo (4)

5.3 ☐ por el empleador (5)
del ..... al ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 Las prestaciones se concederán por todos los días de la semana, excepto

☐ el lunes ☐ el martes ☐ el miércoles ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo

6.2 El importe diario neto de dichas prestaciones se elevará a
..... (9) si el trabajador no está hospitalizado
..... (9) si el trabajador está hospitalizado.

6.3 ☐ Si la prestación se abona con carácter mensual, se concederá por un período de 30 días, independientemente del número de días de un mes concreto.

▼M11

E 117

7. Rogamos nos comuniquen a la mayor brevedad el resultado de:

7.1 ☐ el reconocimiento médico ([10]): .....

7.2 ☐ los controles administrativos: .....

7.3 ☐ un nuevo reconocimiento médico, que está previsto llevar a cabo el ..... (fecha)

8. Institución competente

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:

.....

NOTAS

([1]) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

([2]) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

([3]) No debe ser cumplimentado en el caso de los trabajadores desempleados a los que se haya expedido un formulario E 119.

([4]) La institución competente podrá indicar en este punto el método de pago.

([5]) Si el formulario está destinado a una institución francesa, polaca, italiana o húngara, no es necesario marcar esta casilla.

([6]) Cumplimentar en el caso de las instituciones danesas, alemanas, luxemburguesas, polacas, húngaras o eslovacas.

([7]) Cumplimentar en el caso de las instituciones alemanas, luxemburguesas, polacas, eslovacas o españolas.

([8]) Cumplimentar únicamente en el caso indicado en el punto 5.2.

([9]) Indicar el importe en la divisa nacional.

([10]) Indicar el tipo de reconocimiento médico exigido (radiografías, análisis, etc.).

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 118 [ ] (1)

NOTIFICACIÓN DE ALTA MÉDICA O DE EXTINCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, b.ii y c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, b.ii y c.ii
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 18.4 y 6; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.4 y 6; artículo 64

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

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de dos páginas y de un anexo de tres páginas.

1. El interesado

1.1 Apellido(s): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....

1.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

1.3 Dirección en el país de residencia o de estancia: .....

.....

1.4 Número de identificación personal:

.....

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

2.1 Denominación: .....

2.2 Número de identificación de la institución: .....

2.3 Dirección: .....

.....

3. ☐ De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento

☐ Del reconocimiento médico llevado a cabo por nuestro facultativo el ..... (fecha)
resulta que

3.1 ☐ su incapacidad temporal es únicamente parcial

3.2 ☐ tiene usted derecho a percibir prestaciones económicas parciales por un importe de ..... (2)
a partir del ..... (fecha)

3.3 ☐ está usted capacitado para trabajar

3.4 ☐ la incapacidad temporal se extinguió el ..... (3)

3.5 ☐ El último día por el que usted recibirá prestaciones económicas es el .....

3.6 ☐ La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá usted prestaciones económicas

3.7 ☐ No tiene usted derecho a percibir prestaciones económicas por el motivo siguiente .....

.....

.....

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

4.1 Denominación: .....

4.2 Número de identificación de la institución: .....

4.3 Dirección: .....

.....

4.4 Sello

4.5 Fecha: .....

4.6 Firma:

.....

▼M11

E 118

Indicaciones para el trabajador por cuenta ajena, por cuenta propia o desempleado

Si no está conforme con la decisión que se le notifica mediante el presente documento, puede ejercer su derecho de recurso. Para mayor información sobre las vías y los plazos legales de recurso, véase el anexo. En relación con las vías y los plazos de recurso, deben seguirse las instrucciones del Estado competente.

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Facilitar esta información únicamente si la institución competente cumplimenta el formulario. Indicar si las prestaciones se sirven con carácter diario, semanal o mensual.

(3) Indicar el último día de la incapacidad temporal.

▼M11

E 118 anexo

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 18.4; artículo 61.4

1. Bélgica

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso por escrito, fechado y firmado, que depositará o enviará por correo certificado, en el plazo de tres meses a contar desde la fecha de su notificación, a la escribanía del tribunal laboral competente.

Por tribunal laboral competente se entiende:

a) si está usted domiciliado en Bélgica, el tribunal laboral de la circunscripción donde se encuentre su domicilio;

b) si usted no tiene o ha dejado de tener domicilio en Bélgica, el tribunal laboral de la circunscripción donde se encontrara su último domicilio o su última residencia en Bélgica;

c) si usted no ha tenido domicilio o residencia en Bélgica, el tribunal laboral correspondiente a la circunscripción donde ejerció su última actividad laboral en Bélgica.

2. República Checa

Si no está de acuerdo con la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso a la institución checa competente que se indica en el recuadro 2 o 4 del formulario en el plazo de los tres días siguientes al recibo de la notificación. La vía y la fecha límite de recurso figuran en la decisión.

3. Dinamarca

Si desea recurrir la decisión adjunta, dispone de cuatro semanas, a contar desde la fecha de su notificación, para presentar recurso ante el «Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget» (Comisión de recursos de lo social, Subcomisión de prestaciones económicas diarias), Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Copenhague K.

4. Alemania

El presente documento oficial adquiere carácter vinculante si, en el plazo de tres meses a contar desde la fecha de su notificación, no se ha presentado ningún recurso por escrito ante la institución alemana que figura a continuación:

Denominación: .....

Dirección:

.....

.....

5. Estonia

Si desea recurrir la decisión adjunta, dispone de treinta días para presentar recurso ante el «Eesti Haigekassa», Lembitu 10, Tallin 10114.

6. Grecia

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso en el plazo de treinta días, a contar desde la fecha de su notificación, a la instancia siguiente:

Denominación: .....

Dirección:

.....

.....

7. España

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

Denominación: .....

Dirección:

.....

.....

8. Francia

Si desea recurrir la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso, en el plazo de dos meses a contar desde la fecha de su notificación, ante el médico jefe de la Caja del seguro de enfermedad que se indica a continuación:

Denominación: .....

Dirección:

.....

.....

9. Irlanda

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso ante la «Social Welfare Appeals Office» (Oficina de recursos en materia social), D'Olier House, D'Olier Street, Dublín 2, en un plazo de veintiún días a contar desde la fecha de su notificación.

▼M11

E 118 anexo

10. Italia

Decisiones del INPS (enfermedad y maternidad)

El trabajador que desee recurrir una decisión del INPS puede presentar un recurso administrativo ante la Comisión provincial competente en el plazo de noventa días a contar desde su notificación.

Asimismo, el interesado tiene derecho a iniciar un procedimiento judicial en el plazo de un año a a partir de la fecha de recibo de la decisión de la Comisión o en el plazo de noventa días desde la presentación de su recurso si la Comisión no ha adoptado ninguna decisión.

Decisiones del INAIL (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales)

El trabajador que desee recurrir una decisión del INAIL puede presentar recurso en el plazo de sesenta días a contar desde la fecha de su notificación, mediante carta certificada con acuse de recibo o expedida contra resguardo, en la que informe a dicha institución de los motivos por los que considera su decisión injustificada. En caso de incapacidad permanente, deberá indicar el importe de la prestación a la que estima tener derecho; en todos los casos deberá adjuntarse al escrito de recurso un certificado médico que justifique la solicitud.

Si no obtiene respuesta en el plazo de sesenta días a partir de la fecha del acuse de recibo o del resguardo mencionado en elpárrafo anterior, o se estima que la respuesta es insatisfactoria, podrá iniciar un procedimiento judicial contra el INAIL.

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

11. Chipre

Si no está usted satisfecho con la decisión adjunta, puede presentar un recurso al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el plazo de quince días a partir de la notificación de la decisión. Si no queda satisfecho con la decisión del Ministerio, puede presentar un recurso al Tribunal Supremo en el plazo de 75 días a partir del día de la notificación de la decisión del Ministerio.

12. Letonia

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso en el plazo de un mes, a contar desde la fecha de su notificación, a la instancia siguiente:

Denominación: .....

Dirección:

.....

.....

13. Lituania

Si desea recurrir la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso, en el plazo de un mes a contar desde la fecha de sunotificación, ante la Comisión de contenciosos administrativos.

14. Luxemburgo

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso en el plazo de cuarenta días, a contar desde la fecha de su notificación, ante el «Conseil arbitral des assurances sociales» (Consejo de arbitraje de la seguridad social).

15. Hungría

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede solicitar una decisión de la institución húngara competente (recuadro 2 o 4 del formulario E 118). Tiene derecho a recurrir la decisión de la institución competente en el plazo de quince días a contar desde la fecha de su notificación.

16. Malta

Si desea recurrir la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso, en el plazo de treinta días a contar desde la fecha de su notificación, ante el «Department of Social Security» (Departamento de seguridad social), La Valeta.

17. Países Bajos

Si no está usted de acuerdo con la notificación adjunta, puede solicitar una decisión de la institución neerlandesa competente, que se cita en el recuadro 2 o 4 del formulario E 118, para que tome una decisión recurrible en un plazo de tiempo razonable. La vía y el plazo de recurso se precisarán en la decisión.

18. Austria

Si no está usted de acuerdo con la notificación adjunta (el formulario E 118), puede solicitar una decisión de la institución austriaca competente, que se cita en el recuadro 2 o 4 de dicho formulario, que le informará sobre la vía jurídica posible.

19. Polonia

Si no está satisfecho con la decisión adjunta, tiene derecho a solicitar una decisión del «Zaklad Ubezpieczen Spolecznych (ZUS)» (Instituto de la seguridad social) con jurisdicción territorial sobre la sede del empleador y, en el caso de los trabajadores del campo, la delegación regional de la «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego (KRUS)» (Caja del Seguro Social Agrícola). Dicha delegación se pronunciará sobre el derecho a la prestación y le informará sobre las vías posibles para interponer recurso contra la decisión.

20. Portugal

En caso de no estar de acuerdo con la decisión, puede actuar como sigue:

— si no se le ha reconocido la incapacidad temporal, presente recurso ante la «Commissão Instaladora da Administraçao Regional de Saude» (Comisión de la administración regional de salud) en el plazo de ocho días a contar desde la fecha de recibo de la decisión,
o bien

— si la solicitud de prestaciones económicas ha sido denegada por razones de índole administrativa, presente un recurso ante el «Tribunal Administrativo do Circulo» (Tribunal de lo contencioso-administrativo de la circunscripción competente) en el plazo de dos meses a contar desde el día de recibo 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.

▼M11

E 118 anexo

21. Eslovenia
Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso ante el Tribunal laboral y de lo social de Liubliana, Komenskega 7, en el plazo de treinta días a contar desde la fecha de su notificación.

22. Eslovaquia
Si no está de acuerdo con la notificación y en caso de que no se haya tomado ninguna decisión hasta ese momento, puede solicitar a la delegación local competente del Instituto de la seguridad social que adopte una decisión. Tiene derecho a presentar recurso ante la oficina central del Instituto de la seguridad social en el plazo de quince días a contar desde la fecha de notificación de la decisión adoptada por la delegación local. La decisión administrativa de la oficina central del Instituto de la seguridad social será firme en lo relativo a las prestaciones, pero puede recurrirse en el plazo de dos meses a contar desde su notificación ante el Tribunal regional competente.

Con relación a asuntos distintos de las prestaciones, puede interponer una reclamación contra la decisión de la ofi cina central del Instituto de la seguridad social, en el plazo de treinta días a contar desde su notificación, ante el Tribunal regional competente. La dirección postal de la oficina central del Instituto de la seguridad social es la siguiente: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8-10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finlandia
Si no está de acuerdo con la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso, en un plazo de treinta días a contar desde la fecha de su notificación, ante la institución finlandesa mencionada en el recuadro 2 o 4 del formulario E 118, o bien ante la institución más próxima a su lugar de residencia, que deberá figurar también en uno de dichos recuadros.

24. Suecia
En el plazo de dos meses a contar desde la notificación de la decisión, puede presentar recurso ante la institución sueca competente, que se indica en los recuadros 2 o 4 del formulario E 118. En el recurso, deberá indicarse el motivo por el que se considera la decisión injustificada.

25. Reino Unido
Si no está de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en el plazo de veintiocho días a contar desde la fecha de su notificación, ante el «Pension Service, International pension Centre» (Servicio de pensiones, Centro de pensiones internacionales), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, o ante la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Instituto de la seguridad social para Irlanda del Norte, Prestaciones de ultramar), Belfast, según proceda.

26. Islandia
Si no está de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso ante el Consejo nacional de la seguridad social, Reikiavik.

27. Liechtenstein

a) En relación con el seguro de enfermedad, si no está de acuerdo con la decisión de una Caja del seguro de enfermedad, puede solicitar una resolución formal que incluya los motivos de la misma e información relativa a la vía de recurso.
En el plazo de sesenta días a contar desde la fecha de recibo de dicha resolución formal, el interesado tiene derecho a presentar recurso ante el tribunal correspondiente.

b) En relación con el seguro de accidentes, si no está de acuerdo con la resolución de una aseguradora, en el plazo de dos meses a contar desde su notificación puede pedir a dicha aseguradora que reconsidere su resolución.
Asimismo, si no está de acuerdo con la resolución de una aseguradora, en el plazo de dos meses a contar desde su notificación puede interponer recurso ante el tribunal correspondiente. Ello es igualmente válido para la decisión de la aseguradora relativa a la solicitud de reconsideración mencionada previamente.

28. Noruega
Para recurrir una decisión, debe enviarse el recurso a la institución indicada en el recuadro 2 o 4 del formulario E 118 en el plazo de seis semanas a contar desde la fecha de su notificación.

29. Suiza
Si no está de acuerdo con la decisión adjunta, puede interponer reclamación ante la institución en el plazo de treinta días a contar desde la fecha de su notificación. La decisión sobre dicha reclamación determinará la vía y los plazos de recurso.

▼**M10**

COMISIÓN ADMINISTRATIVA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 119 ☐ ([1])

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL DERECHO DE LOS TRABAJADORES EN DESEMPLEO Y DE LOS MIEMBROS DE SUS FAMILIAS A PRESTACIONES EN METÁLICO

(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).

Datos sobre el beneficiario

1. Apellido(s): ☐☐

2. Nombre(s): ☐☐

3. Fecha de nacimiento: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

4. Número de identificación personal ([2]): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Dirección en el país en el que busca trabajo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Datos sobre la institución del lugar de residencia o de estancia ([3])

6. Nombre de la institución: ☐☐☐

7. Número de identificación de la institución: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Dirección: ☐☐

9. su formulario ☐ E 107 del ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ E 115 del ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. El interesado, arriba indicado, tiene derecho a las prestaciones en metálico

10.1. ☐ para él mismo

10.2. ☐ para los miembros de su familia

▼**M10**

11. En caso de incapacidad para el trabajo, las prestaciones en metálico podrán ser abonadas

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

11.2. ☐ por los casos de enfermedad acaecidos hasta ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ inclusive,

durante ☐☐ días ☐☐ semanas

12. Dichas prestaciones en metálico serán abonadas

12.1. ☐ por nuestra institución

12.2. ☐ por ustedes a nuestro cargo

13. Las prestaciones serán abonadas

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

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

14. El importe neto diario de dichas prestaciones ([4])

14.1. ☐ es igual al previsto por parte del seguro de desempleo

14.2. ☐ es de .... si el asegurado no está hospitalizado

y de .... en caso de hospitalización

Datos sobre la institución competente

15. Nombre de la institución: ☐☐

16. Número de identificación de la institución: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Dirección: ☐☐

18. Sello:

19. Fecha: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

20. Firma:

▼**M10**

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse con caracteres de imprenta

Indicaciones para el desempleado:

Para obtener las prestaciones en metálico para usted mismo en caso de incapacidad laboral o de hospitalización, deberá presentar (salvo en el caso de que se encuentre en los Países Bajos) el presente formulario, así como un certificado de incapacidad para el trabajo expedido por el médico que le trata, en la institución siguiente:

En **Bélgica**, en la mutualidad elegida.
En **Alemania**, en la caja de enfermedad elegida.
En **Grecia**, por regla general, en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA).
En **España**, en la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de estancia o de residencia.
En **Francia**, en la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (la Caja primaria del seguro de enfermedad).
En **Italia**, en la «Azienda sanitaria locale» (ASL).
En **Luxemburgo**, en la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad obrera).
En **Austria**, en la «Gebietskrankenkasse» (caja regional del seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia o estancia.
En **Finlandia**, en la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social).
En **Islandia**, en la «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto Nacional de Seguridad Social), Reykjavik.
En **Liechtenstein**, en la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz.
En **Noruega**, en la «lokale Trygdekontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia.
En **Suecia**, en la «försäkringskassan» (oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia o estancia.
En **Dinamarca**: en la «kommunekantoret på opholdsstedet» local (administración municipal del lugar de estancia).
En **Irlanda**: en el «Department of Social and Family Affairs» (Departamento de Asuntos Sociales y de Familia).
En los **Países Bajos**, deberá declarar su incapacidad laboral el «Uitvoering werknemersverzekeringen (UWV)».
En **Portugal**: para el continente: en el «Instituto de Solidaridade e Segurança Social- Centro Distrital de Solidaridade e Segurança Social» (Centro regional de seguridad social) del lugar de estancia o de residencia; para Madeira: el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de Seguridad Social de Madeira), Funchal; para las Azores: en el «Centro de Prestações Pecunarias» (Centro de Prestaciones en metálico), Angra do Heroismo.
En el **Reino Unido**: en el «Department for Work and Pension service, The Pension Service, International pension Centre» (Departamento para Trabajo y Pensiones, Servicio de Pensiones, Centro de Pensiones Internacionales), Tynewiew Park, Newcastle on Tyne, o para Irlanda del Norte, the «Department for Social Development, Overseas Benefits Unit» (Departamento para el Desarrollo Social, Unidad para prestaciones de Ultramar), Block 2, Castle Buildings, Belfast.
En **Suiza**, en la «Institution commune LAMal– Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución Común de la Ley Federal sobre el Seguro de Enfermedad), Solothurn.
En la **República Checa**, en «územní organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení».
En **Letonia**, en la «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agencia Nacional de la Seguridad Social).
En **Lituania**, en las «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai» (Oficinas regionales de la Caja Nacional de la Seguridad Social).
En **Eslovaquia**, en la «Sociálna poisťovňa» (Oficina de la Seguridad Social), Bratislava.
En **Estonia**, en la «Eesti Haigekassa» (Caja nacional del seguro de enfermedad).
En **Malta**, en el Departamento de Seguridad Social, Valletta.
En **Polonia**, en la «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP).
En **Hungría**, en la «Merfyei Egészségbiztoítási Pénztár» local competente (Oficina local de la Caja del Seguro de Enfermedad.
En **Eslovenia**, en la unidad regional competente de la «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto del Seguro de Enfermedad de Eslovenia) del lugar de residencia o de estancia.
En **Chipre**, en el Ministerio de Salud.

▼**M10**

NOTAS

([1]) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica, DK = Dinamarca, DE = Alemania, GR = Grecia, ES = España, R = Francia, IE = Irlanda, LU = Luxemburgo, FI = Finlandia, SE = Suecia, IT = Italia, NL = Países Bajos, AT = Austria, PT = Portugal, UK = Reino Unido, NO = Noruega, IS = Islandia, LI = Liechtenstein, CZ= República Checa, CY = Chipre, EE= Estonia, LV = Letonia, LT = Lituania, HU = Hungría, MT = Malta, PL = Polonia, SI = Eslovenia, SK = Eslovaquia, CH = Suiza.

([2]) Si el miembro de la familia no dispone de un número de identificación personal, indíquese el número de identificación de la persona de la que se derivan los derechos de la persona en cuestión.

([3]) Cumpliméntese únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia o de estancia del trabajador.

([4]) Cumpliméntese este recuadro únicamente cuando las prestaciones en metálico deban ser abonadas por la institución del lugar de residencia o de estancia.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 120 [ ] (1)

CERTIFICADO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE PARA LOS SOLICITANTES DE UNA PENSIÓN Y LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 26.1
Reglamento (CEE) nº 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. Una vez recibidos estos documentos, la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar 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.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Certificación del derecho

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
1.4 Referencia: su formulario E 107 del .....

2. Solicitante de pensión

2.1 Apellido(s) (3): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3 Dirección en el país de residencia: .....
.....
2.4 Número de identificación personal:
.....

3. La institución que haya recibido la solicitud de pensión deberá cumplimentar este recuadro

3.1 El solicitante indicado en el recuadro 2 ha presentado con fecha de .....
una solicitud de pensión por
☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia
☐ accidente de trabajo ☐ enfermedad profesional
3.2 ☐ Del examen de esta solicitud resulta que el interesado tiene derecho a percibir una pensión a nuestro cargo.

4. Institución que ha cumplimentado el recuadro 3

4.1 Denominación: .....
4.2 Número de identificación de la institución: .....
4.3 Dirección: .....
.....
4.4 Sello 4.5 Fecha: .....
4.6 Firma:
.....

▼M11

E 120

5. La institución que haya recibido la solicitud de pensión o bien la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país en donde se haya presentado la solicitud de pensión deberá cumplimentar este recuadro

5.1 Número de identificación de la institución: .....

5.2 El solicitante 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 del ..... y hasta la expiración del presente certificado

5.4 ☐ durante un año a partir del ..... (fecha)

6. Institución que ha cumplimentado el recuadro 5

6.1 Denominación: .....

6.2 Número de identificación de la institución: .....

6.3 Dirección: .....

.....

6.4 Sello

6.5 Fecha: .....

6.6 Firma:

.....

B. Notificación de la inscripción o de la no inscripción

7. ☐ (4)

7.1 La persona indicada en el recuadro 2 y los miembros de su familia no han podido ser inscritos por el motivo siguiente:

.....

.....

8. ☐ (4)

8.1 La persona indicada en el recuadro 2 y los miembros de su familia han sido inscritos el:

..... (fecha)

9. Miembros de la familia inscritos

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

10. Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....

10.2 Número de identificación de la institución: .....

10.3 Dirección: .....

.....

10.4 Sello

10.5 Fecha: .....

10.6 Firma:

.....

▼M11

E 120

Indicaciones para el trabajador

a) *El presente certificado da al trabajador y a los miembros de su familia el derecho a beneficiarse de prestaciones en especie en caso de enfermedad o de maternidad en el país en que reside.*

b) *Los dos ejemplares de este certificado deben presentarse, a la mayor brevedad, en la institución correspondiente de seguro:*

en **Bélgica**, *la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*

en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Chipre,** *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*

en **Dinamarca**, *la autoridad municipal del lugar de residencia;*

en **Alemania**, *la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Grecia**, *por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará 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 se requieren prestaciones, puede acudirse a los servicios médicos y hospitalarios del sistema sanitario de la seguridad social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*

en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad);*

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

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

en **Italia**, *la «Unità sanitaria locale» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio;*

en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*

en **Lituania**, *el «Teritoriné ligoniu kasa» (Instituto territorial del paciente); se obtiene asistencia sanitaria sin contacto previo con la institución;*

en **Luxemburgo**, *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*

en **Hungría**, *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja local del seguro de enfermedad) competente;*

en **Malta,** *el Ministerio de Sanidad, La Valeta;*

en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*

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

en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*

en **Portugal**, *para el* **continente***: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para* **Madeira***: el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las* **Azores***: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*

en **Eslovenia**, *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poist'ovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*

en **Finlandia**, *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*

en **Suecia**, *la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia; se obtiene asistencia sanitaria (hospitales, médicos, odontólogos, etc.) sin contacto previo con la institución;*

en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

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

en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*

en **Suiza,** *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn;*

c) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (concesión de la pensión solicitada, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya presentado el formulario.*

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia. Si el solicitante de pensión se desplaza al Reino Unido, deberán enviarse los dos ejemplares del formulario directamente a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Cumplimentar el recuadro 7 u 8, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente.

▼M11

**COMISIÓN ADMINISTRATIVA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES**

E 121 [ ] (1)

CERTIFICADO PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS PENSIONISTAS Y LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA Y LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 28.1.a; artículo 29.1.a
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículos 29.1, 2 y 3; artículo 30.1; artículo 95.4

La institución que debe expedir el certificado 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 del mismo al pensionista o al miembro de su familia, o bien los hará llegar a la institución del lugar de residencia si el formulario ha sido solicitado por ésta. En su caso, los dos ejemplares se remitirán primero a la institución que deba cumplimentar los recuadros 6 y 7. Una vez recibidos estos documentos, la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar por pensionista o miembro de la familia a la institución mencionada en el apartado 8.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Certificación del derecho

1. Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
1.4 Referencia: su formulario E 107 del .....

2. Pensionista

2.1 Apellido(s) (3): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3 Dirección en el país de residencia: .....
.....
2.4 Fecha de traslado de residencia: .....
2.5 Número de identificación personal: .....
2.6 El pensionista fue anteriormente

- ☐ trabajador por cuenta ajena
- ☐ trabajador por cuenta propia
- ☐ trabajador fronterizo por cuenta ajena
- ☐ trabajador fronterizo por cuenta propia
- ☐ trabajador desempleado

3. La institución deudora de la pensión deberá cumplimentar este recuadro

3.1 La persona indicada en el apartado 2 tiene derecho a una pensión por

☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia
☐ accidente de trabajo ☐ enfermedad profesional

3.2 desde el .....

4. Institución que ha cumplimentado el apartado 3 (4)

4.1 Denominación: .....
4.2 Número de identificación de la institución: .....
4.3 Dirección: .....
.....
4.4 Sello 4.5 Fecha: .....
4.6 Firma:
.....

▼M11

E 121

5. Miembro de la familia del pensionista

5.1 Apellido(s) [3]: Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual) [3]:

.....

5.2 Nombre: Fecha de nacimiento:

....

5.3 Dirección en el país de residencia: .....

.....

5.4 Nº de identificación personal: .....

5.5 Fecha de traslado de residencia: .....

.....

6. La institución deudora de la pensión o bien la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país a cargo del pago de la pensión deberá cumplimentar este recuadro [5]

6.1 Número de identificación de la institución instructora: .....

6.2 ☐ La persona indicada en el apartado 2

☐ La persona indicada en el apartado 5

tiene derecho a percibir prestaciones de enfermedad y maternidad a partir del .....

6.3 El coste de las prestaciones que deben concederse en el país de residencia —salvo en caso de que el beneficiario resida en el país competente— correrá a nuestro cargo

6.4 ☐ a partir del ..... y hasta la anulación del presente certificado.

6.5 ☐ durante un año a partir de la fecha siguiente: ..... [6]

6.6 ☐ El presente certificado pone fin a la validez del formulario E ..... fechado el .....

7. ☐ Tarjeta Sanitaria. Por favor, devuelvan la Tarjeta Sanitaria Europea de la persona mencionada en los apartados 2 o 5 con número ..... y válida hasta .....

8. Institución que ha cumplimentado el apartado 6 [4]

8.1 Denominación: .....

8.2 Número de identificación de la institución: .....

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello 8.5 Fecha: .....

8.6 Firma:

.....

B. Notificación de la inscripción o de la no inscripción

9. ☐ [7]

9.1 ☐ La persona indicada en el apartado 2

☐ La persona indicada en el apartado 5

no ha podido ser inscrita.

9.2 ☐ porque ya tiene derecho a prestaciones en especie con arreglo a la legislación de nuestro país

9.3 ☐ por otros motivos: .....

.....

.....

▼**M11**

E 121

10. ☐ ([7])

10.1 ☐ La persona indicada en el apartado 2

☐ La persona indicada en el apartado 5

ha sido inscrita

10.2 ☐ El coste de estas prestaciones corre a cargo de su institución. La fecha que se toma como punto de partida para el cálculo del importe a tanto alzado que contempla el artículo 95 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es la siguiente: el .....

11. Tarjeta Sanitaria Europea

11.1 ☐ Se adjunta la Tarjeta Sanitaria Europea con número ..... solicitada en el apartado 7.

11.2 ☐ Indiquen las medidas a aplicar en relación con la Tarjeta Sanitaria Europea emitida a la persona mencionada en los apartados 2 o 5 con número ..... y válida hasta .....

12. Institución del lugar de residencia del pensionista o del miembro de la familia

12.1 Denominación: .....

12.2 Número de identificación de la institución: .....

12.3 Dirección: .....

.....

12.4 Sello

12.5 Fecha: .....

12.6 Firma:

.....

Indicaciones para el pensionista o el miembro de la familia

Los dos ejemplares del presente formulario deberán presentarse a la mayor brevedad en la institución de seguro correspondiente:

en **Bélgica**, *la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*

en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Chipre**, *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*

en **Dinamarca**, *la autoridad municipal del lugar de residencia;*

en **Alemania**, *la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Grecia**, *por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará 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;*

en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*

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

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

en **Italia**, *la «Unità sanitaria locale» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio;*

en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*

en **Lituania**, *el «Teritoriné ligoniu kasa» (Instituto territorial del paciente);*

en **Luxemburgo**, *la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*

en **Hungría**, *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja local del seguro de enfermedad) competente;*

en **Malta**, *la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23, St. John Street, La Valeta;*

en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*

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

en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*

en **Portugal**, *para el continente: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para* **Madeira**: *el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las* **Azores**: *el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*

en **Eslovenia**, *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*

en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poist'ovňa» (seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*

en **Finlandia**, *la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*

en **Suecia**, *la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia;*

▼**M11**

E 121

en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

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

en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*

en **Suiza**, *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia. Si el pensionista o el miembro de la familia se desplaza al Reino Unido, deberán enviarse los dos ejemplares del formulario directamente a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) En Hungría, la institución del seguro de enfermedad-maternidad deberá cumplimentar este apartado.

(5) En Italia, la ASL o el Ministerio de Sanidad deberán cumplimentar los apartados 6 y 8.

(6) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, húngara, italiana o portuguesa y se refiere a un miembro de la familia.

(7) Cumplimentar el apartado 9 o 10, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente.

———

▼M3

▼M11

**COMISIÓN ADMINISTRATIVA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES**

E 123 [ ] (1)

CERTIFICADO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 52.a; artículo 55.1.a.i, b.i. y c.i
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 60.1; artículo 62.4 y 6; artículo 63.1 y 3

Si el formulario ha sido solicitado por la institución del lugar de residencia o estancia del trabajador contemplado en el formulario E 107, el presente certificado deberá enviarse a dicha institución; en caso contrario deberá remitirse al trabajador.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

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

1.1 Denominación: .....

1.2 Número de identificación de la institución: .....

1.3 Dirección: .....

.....

1.4 Referencia: su formulario E 107 del .....

2. Persona asegurada

2.1 Apellido(s) (3): .....

2.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....

2.3 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

2.4 Número de identificación personal:

.....

2.5 Se trata de una persona asegurada
- ☐ por cuenta ajena
- ☐ por cuenta propia
- ☐ fronterizo por cuenta ajena
- ☐ fronterizo por cuenta propia
- ☐ trabajador desempleado

3. En razón

3.1 ☐ de la información facilitada mediante su formulario E 107 con fecha de .....

3.2 ☐ del accidente de trabajo que ocurrió el .....
con las consecuencias siguientes:
.....
.....
.....

3.3 ☐ de la enfermedad profesional diagnosticada el .....
con las consecuencias siguientes:
.....

3.4 ☐ de la autorización que hemos concedido al interesado para continuar disfrutando de las prestaciones en especie en ..... país adonde se dirige
☐ para establecer allí su residencia ☐ para recibir tratamiento médico

▼**M11**

E 123

4.	El trabajador contemplado en el recuadro 2 está autorizado a percibir prestaciones en especie	
	☐ por un accidente de trabajo	☐ por una enfermedad profesional
4.1	☐ durante el período previsto por las disposiciones de la legislación de su país de residencia	
4.2	☐ desde el	☐ hasta el .....
4.3	☐ durante un máximo de tres meses	
4.4	☐ sin limitación de tiempo	

5.	El informe de nuestro inspector médico	
5.1	☐ se adjunta en sobre cerrado	
5.2	☐ se envió el ..... a [4]	
	.....	
5.3	☐ se enviará en caso de solicitarse	
5.4	☐ no ha sido elaborado	

6.	Institución competente	
6.1	Denominación:	
6.2	Número de identificación de la institución:	
6.3	Dirección:	
	.....	
6.4	Sello	6.5 Fecha: .....
		6.6 Firma:
		.....

Indicaciones para el trabajador

El presente certificado deberá presentarse a la mayor brevedad en la institución de seguro del lugar al que se haya desplazado, es decir:

en **Bélgica,**

a) *en el caso de una prestación en especie concedida por enfermedad o accidente de índole privado: la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*

b) *en el caso de una prestación en especie concedida por una enfermedad profesional: el «Fonds des maladies professionnelles» (Mutua de las enfermedades profesionales), 1210 Bruselas;*

en la **República Checa**, *la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) competente;*

en ***Chipre,*** *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*

en **Dinamarca,** *puede obtenerse asistencia de un médico o de un odontólogo acudiendo a un médico de familia o un odontólogo del servicio público de salud; en caso de requerirse asistencia hospitalaria urgente, puede acudirse directamente a un hospital público;*

en **Alemania**, *la institución del seguro de accidentes competente en el lugar de residencia o de estancia;*

en **Grecia**, *por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie;*

en **España**, *los servicios médicos u hospitalarios del sistema de salud que cubre la Seguridad Social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*

en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*

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

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

en **Italia,**

a) *en relación con las prestaciones en especie, la «Unità sanitaria locale» (Unidad local de administración sanitaria) competente en un determinado territorio; o bien para los los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil, el «Ministero della Sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad, Oficina de la marina mercante y la aviación civil) competente en un determinado territorio;*

b) *en relación con prótesis y otras prestaciones ortoprotésicas, prestaciones médicojurídicas y reconocimientos médicos o certificados, la oficina provincial del «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul laboro (INAIL)» (Instituto nacional del seguro de accidentes de trabajo);*

▼M11

E 123

en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*

en **Lituania**, *el «Teritoriné ligoniu kasa» (Instituto territorial del paciente); puede obtenerse asistencia sanitaria sin contacto previo con la institución;*

en **Luxemburgo**, *la «Association d'assurance contre les accidents» (Asociación de seguros de accidentes);*

en **Hungría**, *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja local del seguro de enfermedad) competente;*

en **Malta,** *la «Entitlement Unit», 23 St. John Street, La Valeta, CMR 02***,**

en los **Países Bajos**, *el Instituto de salud competente del lugar de residencia; o bien, en caso de estancia temporal, el «Agis zorgverzekeringen» (Mutua de seguros de enfermedad), Utrecht; puede obtenerse asistencia sanitaria de un médico, un odontólogo o un farmacéutico sin necesidad de contacto previo con el «Agis zorgverzekeringen»;*

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

en **Polonia**, *la delegación regional del «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*

en **Portugal**, *el «Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais» (Centro nacional de protección contra los riesgos profesionales), Lisboa;*

en **Eslovenia**, *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia o estancia;*

en **Eslovaquia**, *el «zdravotná poist'ovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*

en **Finlandia,** *la «Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto» (Federación de instituciones aseguradoras de accidentes);*

en **Suecia**, *el «Försäkringskassan» (Oficina local de la seguridad social); puede obtenerse asistencia sanitaria (hospitales, médicos, odontólogos, etc.) sin contacto previo con la institución;*

en el **Reino Unido**, *los servicios sanitarios (médicos, odontólogos, hospitales, etc.) de atención al paciente;*

en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

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

en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social); puede solicitarse la asistencia sanitaria sin contacto previo con la institución;*

en **Suiza,** *la «Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio» (Mutua nacional de seguros de accidentes), Lucerna; puede obtenerse asistencia sanitaria (hospitales, médicos, farmacéuticos, etc.) sin contacto previo con la institución.*

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia o estancia del trabajador. Si éste se desplaza al Reino Unido, deberá enviarse también un ejemplar del formulario a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

(3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(4) Indicar la denominación y la dirección de la institución a la que se ha enviado el informe médico.

———

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 124 [ ] (1)

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 65
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 78

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. El abajo firmante

1.1 Apellido(s) (2): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difiere del apellido actual): .....

1.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

1.3 Número de identificación personal: .....

1.4 Institución aseguradora (3) (4): .....
.....

1.5 Vínculo de parentesco con el difunto: .....

1.6 Dirección: .....
.....
.....

2. solicita por la presente la concesión de un subsidio con motivo de la defunción de (5):

3.

3.1 Apellido(s): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difiere del apellido actual): .....

3.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

3.3 Nº de identificación personal .....

3.4 Fecha de la defunción: .....

3.5 Causa de la defunción:

☐ enfermedad ☐ accidente ☐ accidente de trabajo

☐ enfermedad profesional ☐ actuación de un tercero ☐ otras causas

3.6 Institución aseguradora del difunto (3) (4): .....
.....

4. El solicitante ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del difunto

5. El difunto ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del solicitante

6. El difunto ☐ estaba ☐ no estaba alojado a cambio de retribución

☐ por el solicitante

☐ en un establecimiento del cual el solicitante es administrador, miembro del personal interno o residente (6).

7. El solicitante ☐ ejerce ☐ no ejerce como empresario de pompas fúnebres, delegado o representante de un empresario de este tipo (6) (7)

El solicitante ☐ es ☐ no es una persona jurídica sujeta al derecho privado que, con arreglo a una póliza de seguro, haya cubierto parte de los gastos o su totalidad (6)

8. Los gastos del sepelio ascienden a (8) .....; han sido abonados por .....

9. Se adjuntan el/los siguiente(s) documento(s): .....
.....
.....
.....

▼M11

E 124

10. Ruego ingresen la cantidad adeudada en mi cuenta nº IBAN: .....

con el código BIC/SWIFT .....

en ..... (9)

11. Fecha: .....

11.1 Firma:

.....

Indicaciones para el solicitante

a) *Para obtener el subsidio de defunción deberá presentarse una solicitud por medio del presente formulario*

– *bien ante la institución de seguro competente,*

– *o bien ante la institución de seguro del lugar de residencia, es decir:*

en **Bélgica,** *una «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad);*

en la **República Checa,** *la «Úřad práce» (Oficina de empleo) del lugar de residencia o estancia;*

en **Dinamarca,** *el Ministerio del Interior y Sanidad, Copenhague;*

en **Grecia,** *la delegación local del Instituto de la seguridad social (IKA);*

en **España,** *la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social del lugar de residencia;*

en **Francia,** *el organismo que proporciona o proporcionaría las prestaciones en especie del seguro de enfermedad;*

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

en **Italia,** *la oficina provincial del INAIL;*

en **Letonia,** *el «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Instituto nacional de la seguridad social);*

en **Lituania,** *el «Savivaldybės socialinės paramos skyrius» (Departamento municipal de asistencia social) del lugar de residencia o estancia;*

en **Luxemburgo,** *la «Union des caisses de maladie» (Unión de cajas del seguro de enfermedad);*

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

en **Polonia**, *la oficina responsable del lugar de residencia o estancia de la «Zaklad Ubezpieczín Spolecznych (ZUS)» (Institución de la seguridad social); para los agricultores, la sección regional competente de la «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego (KRUS)» (Caja del Seguro Social Agrícola); o bien la «Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji» (Oficina de pensiones del Ministerio del Interior y de la Administración — organismo de enlace para los regímenes especiales);*

en **Portugal,** *para el* **continente***: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para* **Madeira:** *el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las* **Azores***: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*

en **Eslovenia,** *la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional esloveno del seguro de enfermedad) del lugar de residencia o estancia;*

en **Eslovaquia,** *la «Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Oficina de trabajo, asuntos sociales y familia) del lugar de residencia o estancia del difunto;*

en **Finlandia,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institución del seguro social), Helsinki;*

en **Suecia**, *el «försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia o estancia;*

en **Estonia**, *el «Sotsiaalkindlustusamet» (Instituto de la seguridad social), Tallin;*

en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*

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

en **Noruega**, *el «lokale Trygdekontor» (oficina local de la seguridad social) del lugar de residencia o estancia;*

en **Suiza,** *la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*

b) *Deberá adjuntar a su solicitud los siguientes documentos:*

para **Bélgica,**	*una copia del certificado de defunción expedido por la administración local,* *las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio,* *cualquier documento que demuestre el vínculo de parentesco o afinidad con el fallecido, o bien, si procede, la convivencia con éste;*
para **Dinamarca,**	*el certificado de defunción,* *lea atentamente el folleto «vejledning om ansøgning for begravelseshælp» (guía para solicitar un subsidio de defunción), que le será enviado posteriormente;*
para **Grecia,**	*el certificado de defunción, la cartilla de sanidad, las tarjetas sanitarias y, si procede, las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
para **España,**	*el certificado de defunción,* *el certificado acreditativo del parentesco o las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio si el solicitante no tuviera relación familiar alguna con el fallecido;*
para **Francia,**	*en todos los casos, el certificado de defunción del afiliado,* *además, si procede:* — *si Vd. es el cónyuge del afiliado, la «fiche familiale» (ficha familiar del Registro civil),* — *si Vd. es descendiente del fallecido (hijo, hija, nieto, etc.), la «fiche familiale» (ficha familiar del Registro civil) en la cual figure su parentesco con éste,* — *si Vd. es ascendiente del fallecido (padre, madre, abuelo, etc.), la «fiche individuelle» de éste (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;*

(2)

▼**M11**

E 124

para **Irlanda,**	*el certificado de defunción,* *si procede, el certificado de matrimonio,* *el presupuesto o balance de los gastos del sepelio, o la factura de éstos, si ya los ha abonado;*
para **Italia,**	*el certificado de defunción,* *el documento de afiliación,* *si procede, la declaración de situación familiar;*
para **Letonia,**	*el certificado de defunción;*
para **Lituania,**	*el certificado de defunción;*
para **Luxemburgo,**	*el certificado de defunción,* *las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio,* *si procede, una declaración de la administración local que acredite la convivencia;*
para **Austria,**	*el certificado de defunción,* *las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
para **Polonia,**	*el certificado de defunción, las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio y una declaración del solicitante en la que deje constancia de no haber percibido un subsidio similar;*
para **Portugal,**	*el certificado de defunción y las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
para **Eslovenia,**	*para el subsidio de gastos del sepelio: el certificado de defunción del fallecido o el registro de la defunción del afiliado, la copia original de la factura de los servicios prestados por la funeraria,* *para el subsidio de defunción: el certificado de defunción del fallecido o el registro de la defunción del afiliado,* *en caso de muerte del cónyuge, el certificado de matrimonio,* *en caso de muerte del padre o madre, el hijo debe presentar una partida de nacimiento y un certificado de matriculación en un colegio o universidad (si es mayor de 18 años),* *los solicitantes que no estén asegurados como miembros de la familia del fallecido deben presentar un documento válido que certifique que éste estaba obligado a hacerse cargo de ellos hasta su muerte;*
para **Eslovaquia,**	*el certificado de defunción y las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
para **Estonia,**	*el certificado de defunción,* *si el solicitante es un empresario de pompas fúnebres, una carta del abogado del derechohabiente,* *si el fallecimiento se produjo dentro del territorio estonio, es necesario adjuntar al certificado de defunción un certificado a efectos de la presente solicitud;*
para **Finlandia,**	*el certificado de defunción,* *los documentos que demuestren el vínculo existente entre el solicitante y el fallecido,* *si el solicitante es un empresario de pompas fúnebres, una carta del abogado del derechohabiente;*
para **Suecia,**	*el certificado de defunción,* *un certificado en el que se especifique la causa de la defunción;*
para **Liechtenstein,**	*el certificado de defunción,* *un certificado en el que se especifique la causa de la defunción,* *las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
para **Noruega,**	*el certificado de defunción.*

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Sólo en caso de que sea un trabajador, pensionista o solicitante de pensión.

(4) Indicar su denominación y dirección.

(5) Las instituciones portuguesas deberán cumplimentar la página adicional que se adjunta.

(6) Cumplimentar si se solicita el subsidio con arreglo a la legislación belga, en caso de que el solicitante no sea cónyuge, pariente ni afín hasta el tercer grado del fallecido.

(7) Si el solicitante es empresario de pompas fúnebres y solicita el subsidio conforme a la legislación finlandesa o estonia, deberá adjuntarse una carta del abogado de la persona con derecho.

(8) Indicar la suma en la divisa del país de residencia del solicitante.

(9) No afecta a las instituciones irlandesas.

———

▼**M11**

E 124 adicional

INFORMACIÓN ADICIONAL
PARA LAS AUTORIDADES PORTUGUESAS

1. Cónyuge

1.1 Estado civil

☐ viudo/a ☐ se ha vuelto a casar ☐ divorciado/a

1.2 En el momento de la muerte, ¿convivía el cónyuge con el fallecido y estaba a su cargo?

☐ sí ☐ no

2. Niños con derecho a prestaciones familiares

	Apellido(s)	Nombre	Vínculo de parentesco	Fecha de nacimiento	Nivel educativo	Discapacidad
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼**M11**

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 125 [ ] (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 36.1 y 2; artículo 63.1; artículo 87.1
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 93.1, 2, 4 y 5; artículo 105.1

Cumplimentar un formulario por beneficiario.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. Factura nº ..... ☐ 1er semestre ☐ 2º semestre ejercicio 20.....

2. Institución destinataria

2.1 Denominación: .....

2.2 Número de identificación de la institución: .....

2.3 Dirección: .....

3. Beneficiario de la asistencia

3.1 Apellido(s) (2): .....

3.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....

3.3 Nombre: Fecha de nacimiento:

....

.....

3.4 Número de identificación personal (3):

a) asignado por la institución competente

.....

b) asignado por la institución acreedora

.....

3.5 La persona asegurada es

☐ un trabajador por cuenta ajena

☐ un trabajador por cuenta propia

☐ un trabajador fronterizo por cuenta ajena

☐ un trabajador fronterizo por cuenta propia

☐ un trabajador desempleado

☐ un pensionista

4. La persona mencionada en el apartado anterior ha percibido prestaciones con arreglo al documento siguiente:

4.1 ☐ Tarjeta sanitaria europea nº: ..... Fecha de expiración: .....

☐ Certificado Provisional Sustitutorio nº: .....

con fecha de: ..... Válido del ..... al .....

☐ Formulario E ..... con fecha de: ..... Válido del ..... al .....

4.2 La persona asegurada mencionada en el apartado 3

se sometió al reconocimiento médico solicitado con fecha de .....

▼M11

E 125

5.	Gastos efectuados			Importe (4)
5.1	**Por prestaciones en especie servidas**	del	al	.....
	a consecuencia de (5)	☐ enfermedad	☐ accidente no laboral ☐ accidente de trabajo o enfermedad profesional	
5.2	Asistencia médica	.....		.....
5.3	Asistencia odontológica	.....		.....
5.4	Medicamentos	.....		.....
5.5	Hospitalización	del	al	.....
		del	al	.....
5.6	Otras prestaciones (6)	.....		.....
		.....		.....
5.7	**Total de prestaciones en especie**			.....
5.8	**Reconocimientos médicos** (7)	.....		
	.....			.....
5.9	**Por prestaciones económicas abonadas**	del	al	.....
5.10	**Total de gastos**			.....
	.....			.....

6.	Institución acreedora		
6.1	Denominación:		
6.2	Número de identificación de la institución:		
6.3	Dirección:		
	.....		
6.4	Sello (8)	6.5	Fecha: .....
		6.6	Firma: .....

7.	Reservado a la institución del país competente

▼M11

E 125

NOTAS

(1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

(2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(3) Si el beneficiario de la asistencia es un miembro de la familia inscrito con arreglo a un formulario E 106, indicar el número de identificación personal de la persona asegurada.

(4) Indicar el importe en la divisa nacional.

(5) Cumplimentar si el formulario está destinado a una institución suiza.

(6) Indicar el tipo de prestaciones: asistencia al parto, prótesis dentales, prótesis ortopédicas, cura termal, ambulancia, medios de diagnóstico complementarios, etc.

(7) Indicar el tipo de revisiones médicas y reconocimientos llevados a cabo.

(8) Un formulario firmado y enviado electrónicamente no necesita sello.

▼M11

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 126 [ ] (1)

TARIFAS PARA EL REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 22.a; artículo 31.a; artículo 34.a
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 34

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares, directamente o a través del organismo de enlace, a la institución que estuviera obligada a conceder las prestaciones al interesado en el país de estancia. Una vez cumplimentada la parte B, la institución del lugar de estancia remitirá un ejemplar a la institución competente.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.
Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

A. Solicitud

1. Institución destinataria (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Número de identificación de la institución: .....
1.3 Dirección: .....
.....
.....

2. Persona con derecho

2.1 Apellido(s) (3): .....
2.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.3 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
.....
2.4 Número de identificación personal:
.....
2.5 La persona es/fue
☐ trabajador por cuenta ajena
☐ trabajador por cuenta propia
☐ trabajador fronterizo por cuenta ajena
☐ trabajador fronterizo por cuenta propia
☐ trabajador desempleado
☐ pensionista

3. Miembro de la familia de la persona con derecho que hubiera recibido la asistencia
3.1 Apellido(s) (3): ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
3.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
3.3 Nº de identificación personal:
.....
4. El interesado mencionado anteriormente
4.1 durante una estancia en ..... (país),
4.2 en la localidad de ..... ,
4.3 percibió las siguientes prestaciones, que corrieron a su cargo: .....
5. Se ruega indicar en los recibos adjuntos, en relación con cada prestación, el importe que debe reembolsarse al interesado con arreglo a las tarifas aplicadas por la institución del lugar de estancia. Únicamente para Luxemburgo, señalar la cuantía que corre a cargo de dicha persona como participación en el coste del tratamiento.
6. Se adjuntan ..... recibos.

▼M11

E 126

7. Institución competente

7.1 Denominación: .....

7.2 Número de identificación de la institución: .....

7.3 Dirección: .....

7.4 .....

Sello

7.5 Fecha: .....

7.6 Firma:

.....

B. Respuesta

8. Conforme a su solicitud, se adjuntan ..... recibos con las tarifas correspondientes

9. ☐ Importe que debe reembolsarse ..... ☐ Importe no sujeto a reembolso

10. Observaciones: .....

.....

.....

.....

11. Institución del lugar de estancia

11.1 Denominación: .....

11.2 Número de identificación de la institución: .....

11.3 Dirección: .....

.....

11.4 Sello

11.5 Fecha: .....

11.6 Firma:

.....

NOTAS

([1]) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

([2]) Si no se conoce la institución a cargo de proporcionar las prestaciones en especie, puede enviarse el formulario al organismo de enlace del país de estancia, es decir:
en **Bélgica,** *el «Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad e invalidez), Bruselas;*
en la **República Checa,** *el «CMU» (Centro de reembolsos internacionales), Praga;*
en **Dinamarca,** *el «Indenrings- og Sundhedsministeriet» (Ministerio del Interior y de Sanidad), Copenhague;*
en **Alemania,** *el «DVKA» (Organismo de enlace alemán para el seguro de enfermedad – Departamento internacional), Bonn;*
en **Estonia**, *la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*
en **Grecia**, *la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA); si se trata de un marino, al Seguro de pensiones de los trabajadores del mar (NAT);*
en **España,** *el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid;*
en **Francia**, *el «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale» (Centro de relaciones europeas e internacionales de seguridad social), París;*
en **Irlanda,** *el Ministerio de Sanidad, Dublín;*
en **Italia,** *el «Ministero della Salute» (Ministerio de Sanidad), Roma;*
en **Chipre**, *el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia;*
en **Letonia**, *el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio), Riga;*
en **Lituania**, *el «Valstybinė ligonių kasa» (Caja nacional del paciente), Vilnius;*
en **Luxemburgo,** *la «Union des Caisses de Maladie» (Unión de cajas del seguro de enfermedad), Luxemburgo;*
en **Hungría**, *la «Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja nacional del seguro de enfermedad), Budapest;*
en **Malta**, *la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23 St. John Street, La Valeta;*
en los **Países Bajos,** *el «Agis Zorgverzekeringen» (Mutua de seguros de enfermedad), Utrecht;*
en **Austria**, *el «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger» (Federación de organismos austriacos de la seguridad social), Viena;*
en **Polonia**, *el «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud), Varsovia;*
en **Portugal**, *el «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Departamento de relaciones internacionales y convenios de la seguridad social), Lisboa;*
en **Eslovenia**, *el «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija» (Instituto nacional del seguro de enfermedad-Dirección), Liubliana;*
en **Eslovaquia,** *el «Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou»(Instituto de supervisión de la asistencia sanitaria), Bratislava;*

▼**M11**

E 126

en **Finlandia**, *el «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social), Helsinki;*
en **Suecia,** *el «Riksförsäkringsverket» (Organismo nacional de la seguridad social), Estocolmo;*
en **Islandia**, *el «Tryggingastofnun rikisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*
en **Liechtenstein**, *el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*
en **Noruega,** *el «Rikstrygdeverket» (Administración nacional de seguros), Oslo;*
en **Suiza,** *la «Institution commune LAMal — Istituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*

([3]) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

———

▼**M11**

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 127 [ ] (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE IMPORTES MENSUALES A TANTO ALZADO

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 36.1 y 2
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 94; artículo 95

La institución del lugar de residencia deberá cumplimentar el formulario correspondiente a un año civil y enviarlo a la institución competente a través del organismo designado para la aplicación del artículo 102.2 del Reglamento (CEE) nº 574/72.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Un formulario distinto debe cumplimentarse para cada pensionista y cada miembro de la familia de un pensionista.

1.

Factura nº: ..... | del año 20..... (2)

2. Institución competente

2.1 Denominación: .....
2.2 Número de identificación de la institución: .....
2.3 Dirección: .....
.....

3. Nacimiento del derecho a las prestaciones para

☐ el trabajador por cuenta ajena ☐ el pensionista
☐ el trabajador por cuenta propia

3.1 Apellido(s) (3): .....
3.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
3.3 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
3.4 Número de identificación personal asignado por la institución competente:
.....
3.5 Número de identificación personal asignado por la institución acreedora:
.....

4. La presente factura se refiere a:

4.1 ☐ la familia del trabajador mencionado en el recuadro 3, con domicilio: .....
.....
4.2 ☐ el pensionista mencionado en el recuadro 3, con domicilio: .....
.....
4.3 ☐ el miembro de la familia del pensionista mencionado en el recuadro 3 que figura a continuación:
☐ el miembro de la familia del trabajador mencionado en el recuadro 3 que figura a continuación (4):
4.3.1 Apellido(s) (3): .....
4.3.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
4.3.3 Dirección: .....
.....
4.3.4 Número de identificación personal asignado por la institución competente:
.....
4.3.5 Número de identificación personal asignado por la institución acreedora:
.....

▼M11

E 127

5. El derecho a prestaciones en especie de los miembros de la familia del trabajador y del pensionista y los miembros de su familia mencionados anteriormente ha sido certificado mediante

su formulario E ..... del ..... (fecha)

6. Durante el período en que se ha mantenido este derecho

(del ..... al .....),

6.1 el número de pagos mensuales a tanto alzado se eleva a: .....

6.2 ☐ por familia, independientemente del número de sus miembros, con tarifa única;

☐ por pensionista y los miembros de su familia; un formulario por separado para cada uno y la misma tarifa aplicada al pensionista y a sus familiares;

☐ por persona ([4]).

7. Institución acreedora

7.1 Denominación: .....

7.2 Número de identificación de la institución: .....

7.3 Dirección: .....

.....

7.4 Sello ([5])

7.5 Fecha: .....

7.6 Firma:

.....

NOTAS

([1]) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.

([2]) Deberá indicarse el año en que se proporcionaron las prestaciones.

([3]) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

([4]) En caso de aplicarse un régimen especial de pago a tanto alzado.

([5]) Un formulario firmado y enviado electrónicamente no necesita sello.