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

►**B**

DECISIÓN Nº 179

de 18 de abril de 2000

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 111, E 111 B, E 113 a E 118 y E 125 a E 127)

(Texto pertinente a efectos del EEE)

(2002/154/CE)

(DO L 54 de 25.2.2002, p. 1)

Modificada por:

		Diario Oficial		
		nº	página	fecha
►**M1**	Decisión 2003/251/CE nº 187 de 27 de junio de 2002	L 93	40	10.4.2003

▼B

DECISIÓN Nº 179

de 18 de abril de 2000

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 111, E 111 B, E 113 a E 118 y E 125 a E 127)

(Texto pertinente a efectos del EEE)

(2002/154/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, y por cuenta propia y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad ([1]), en virtud de la cual la Comisión administrativa se encargará de resolver todas las cuestiones administrativas originadas por lo establecido en el Reglamento (CEE) nº 1408/71 y en los reglamentos ulteriores,

Visto el apartado 1 del artículo 2 del Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo ([2]), por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) nº 1408/71, con arreglo al cual la Comisión administrativa elaborará los modelos de certificados, certificaciones, declaraciones, solicitudes y demás documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Visto el Reglamento (CE) nº 1606/98 del Consejo ([3]), por el que se modifican los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y nº 574/72 con objeto de ampliarlos para incluir los regímenes especiales de los funcionarios,

Visto el Reglamento (CE) nº 307/1999 del Consejo ([4]), por el que se modifican los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72, con vistas a ampliarlos para que cubran a los estudiantes,

Considerando que procede adaptar la Decisión nº 153 ([5]), y la Decisión nº 168 ([6]), relativas a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los citados Reglamentos;

Considerando que también es necesario adaptarlos a fin de tener en cuenta las modificaciones introducidas en las legislaciones nacionales de los Estados miembros;

Considerando que en virtud del anexo VI del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, de 2 de mayo de 1992, completado mediante el Protocolo de 17 de marzo de 1993, se aplican en el Espacio Económico Europeo los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72;

Considerando que, en virtud de la Decisión del Comité Mixto del EEE, los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72 se adaptarán y aplicarán dentro del Espacio Económico Europeo;

Considerando que, por razones prácticas, es necesario utilizar formularios idénticos en la Comunidad y en el Espacio Económico Europeo;

Considerando que la lengua de expedición de los formularios se contempla en la Recomendación nº 15 de la Comisión Administrativa,

---

([1]) DO L 149 de 5.7.1971, p. 2.
([2]) DO L 74 de 27.3.1972, p. 1.
([3]) DO L 209 de 25.7.1998, p. 1.
([4]) DO L 38 de 12.2.1999, p. 1.
([5]) DO L 244 de 19.9.1994, p. 22.
([6]) DO L 195 de 11.7.1998, p. 37.

▼B

DECIDE:

1. Los modelos de formularios E 111, E 111B, E 113 a E 118, E 125 y E 126, que figuran en la Decisión nº 153, y E 127, que figura en la Decisión nº 168, se sustituyen por los modelos anejos a la presente Decisión.

2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de los interesados (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.) los formularios anejos a la presente Decisión.

3. Todos los formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y se presentarán de tal forma que las distintas versiones se correspondan totalmente, a fin de que todos los destinatarios (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.) reciban el formulario impreso en su propia lengua.

4. La presente Decisión se publicará en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Será aplicable a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de su publicación.

El Presidente de la Comisión Administrativa

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

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 .....

①

▼**M1**

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;***

▼M1

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.

▼M1

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 nacimiento: .....

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

▼M1

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.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZACIÓN, NOTIFICACIÓN DE INGRESO Y DE SALIDA

Reglamento 1408/71: artículo 19; artículo 22; artículo 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
☐ Trabajador no asalariado
☐ Trabajador en desempleo
☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)
☐ Solicitante de pensión o de renta
☐ Estudiantes
☐ Otras personas aseguradas

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.

▼B

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.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

E 114 ☐ (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES EN ESPECIE DE GRAN IMPORTANCIA

Reglamento 1408/71: artículo 19; artículo 22; artículo 22 bis*; artículo 22* ter*; artículo 24; artículo 25.1 y 3.l; 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
☐ Trabajador no asalariado
☐ Trabajador en desempleo
☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)
☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)
☐ Solicitante de pensión o de renta
☐ Estudiantes
☐ Otras personas aseguradas

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.

▼B

E 114

8	Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

B. Posible oposición de la institución competente

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

Motivo:

.....

.....

10	Institución competente

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

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo 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.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 115 ☐ (1)

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD LABORAL

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 22 ter*; artículo 25.1.b.; artículo 34* ter*; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii*
Reglamento 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64

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

1 Institución competente

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

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

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

3 Empresario (4)

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

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

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

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

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

▼B

E 115

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

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

6.2 ☐ no existe incapacidad laboral ([7])

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

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

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

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

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

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

11 En relación con:

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

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

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

☐ cuyo informe se adjunta

☐ cuyo informe se les remitirá a la mayor brevedad

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

.....

12 Institución del lugar de residencia o de estancia

12.1 Denominación: .....

12.2 Dirección ([2]): .....
.....

12.3 Sello

12.4 Fecha: .....

12.5 Firma
.....

②

▼B

E 115

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo 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.

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

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

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

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

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

(5) Las partes A y B se excluyen mutuamente: poner una cruz en la casilla correspondiente a la parte que cumplimente. Para los Países Bajos es indispensable cumplimentar el recuadro 4.

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

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

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

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

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 116 ☐ (1)

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

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii y 1.b.ii; 1.c.ii; artículo 22 ter*; artículo 25.1.b.; artículo 34* ter*; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii*
Reglamento 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64; artículo 65.2 y 4

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

1 Institución competente destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

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

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

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

3.1 Apellido(s) (2 *bis*)

.....

3.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (2 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia

.....

.....

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

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

el ..... estima

4.1 que se trata:

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

4.2 que se trata probablemente:

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

4.3 ☐ de una recaída o agravación

▼B

E 116

Parte A: Informe general

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

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

5.2 Examen clínico

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

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

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

5.6 Diagnóstico: .....

5.7 Conclusiones:

5.8 ☐ El interesado no es considerado incapaz para el trabajo

5.9 ☐ El interesado es considerado incapaz para el trabajo:
desde el ..... hasta el .....

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

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

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

Parte B: Informes en caso de accidente de trabajo

6 Primer informe médico

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

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

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

6.4 La víctima es atendida:
☐ en su domicilio ☐ en la consulta del médico
☐ en el hospital ☐ en otro lugar
Dirección (2) (8): .....
.....

②

▼B

E 116

7 Último informe médico

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

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

7.3 ☐ sin secuelas

7.4 ☐ y tendrán probablemente las consecuencias siguientes:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8 Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección ([2]): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma del médico

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo 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.

([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.

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

([4]) Información que se facilitará en caso necesario.

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

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

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

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

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

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

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

E 117 ☐ (1)

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

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 22 ter; artículo 25.1.b.; artículo 34 ter; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii
Reglamento 574/72: artículo 18.6 y 8; artículo 24; artículo 26.7 artículo 61.6 y 8; artículo 64

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

1 Institución del lugar de residencia o de estancia

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

.....

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

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

3.1 Apellido(s) (2 bis)

.....

3.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

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

.....

.....

3.4 Número de identificación (2 ter): .....

4 ☐ tiene derecho a las prestaciones económicas, provisionalmente y salvo prórroga eventual,
del ..... al .....

4.1 ☐ no tiene derecho a las prestaciones económicas
Motivo: ver E 118 adjunto

4.2 ☐ no tiene derecho a las prestaciones económicas a partir del .....
Motivo: ver E 118 adjunto

5 Estas prestaciones serán abonadas (3 bis):

5.1 ☐ por nuestra institución

5.2 ☐ por ustedes a cargo nuestro (3 ter)

5.3 ☐ por el empresario, (4)
desde el ..... hasta el ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 La indemnización deberá abonarse:

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

6.3 El importe diario neto de dicha indemnización será de:
..... (7) si el asegurado no está hospitalizado
..... (7) en caso de hospitalización

6.4 ☐ (8) Cuando las indemnizaciones se deban por un mes completo, se concederán por 30 días, aunque el mes tenga más o menos de 30 días

7 Les rogamos nos comuniquen a la mayor brevedad posible el resultado:

7.1 ☐ de un reconocimiento (9): .....

7.2 ☐ de un control administrativo

7.3 ☐ de un nuevo control médico, que se efectuará hacia el (fecha) .....

▼B

E 117

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

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo 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.

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

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

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

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

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

.....

.....

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

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

([5]) A cumplimentar por las instituciones alemanas, españolas o luxemburguesas.

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

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

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

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

([10]) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

E 118 ☐ (1)

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

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, b.ii, c.ii; artículo 22 ter; *artículo 25.1.b; artículo 34* ter*; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, b.ii, c.ii.*
Reglamento 574/72: artículo 18.4 y 6; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.4 y 6; artículo 64

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

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

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

1.2 Nombres ..... Apellido(s) anterior(es) (1 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

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

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

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

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

3 ☐ De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento
☐ Del control efectuado por nuestro médico el .....
resulta que:
3.1 ☐ su incapacidad para el trabajo es solamente parcial
3.2 ☐ tiene Vd. derecho a una indemnización parcial por importe de .....
a partir del ..... (3)
3.3 ☐ no está Vd. incapacitado para trabajar
3.4 ☐ su incapacidad para el trabajo ha terminado el ..... (4)
3.5 ☐ El último día por el que Vd. percibirá prestaciones económicas es el .....
3.6 ☐ La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá Vd. prestaciones económicas.
3.7 ☐ No tiene Vd. derecho a prestaciones por las razones siguientes: .....
.....

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

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

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

▼B

E 118

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Incluido su anexo, se compone de 5 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el trabajador o el desempleado:

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

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

NOTAS

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

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

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

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

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

(5) Completar si se tiene.

▼B

E 118 Anexo

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento 574/72: artículo 18.4; artículo 61.4

1. **BÉLGICA**

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

Por «tribunal de trabajo competente» se entiende:

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

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

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

2. **DINAMARCA**

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

3. **ALEMANIA**

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

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

4. **GRECIA**

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

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

5. **ESPAÑA**

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

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

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

6. **FRANCIA**

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

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

▼B

E 118 Anexo

7. **IRLANDA**

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

8. **ITALIA**

Decisiones del INPS (enfermedad y maternidad)

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

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

Decisiones del INAIL (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales)

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

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

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

9. **LUXEMBURGO**

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

10. **PAÍSES BAJOS**

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

11. **AUSTRIA**

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

12. **PORTUGAL**

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

— si no se le ha reconocido la incapacidad laboral, dirigir un recurso a la «Commissão Instaladora da Administração Regional de Saúde» (Comisión de la administración regional de salud) en un plazo de 8 días a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión,

o bien

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

13. **FINLANDIA**

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión, o bien ante la institución finlandesa mencionada en el recuadro 2 o 4 del formulario E 118, o bien ante la institución más próxima a su lugar de residencia, la cual figura igualmente en uno de los recuadros indicados.

▼B

E 118 Anexo

14. **SUECIA**

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

15. **REINO UNIDO**

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

16. **ISLANDIA**

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

17. **LIECHTENSTEIN**

a) En materia de seguro de enfermedad: si no está Vd. de acuerdo con una decisión pronunciada por una caja del seguro de enfermedad, puede solicitar una resolución formal que ha de contener las razones y la información relativa al procedimiento legal.

   El interesado o los interesados dispondrán de 60 días desde la recepción de dicha resolución formal para promover acciones legales ante el tribunal que corresponda.

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

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

18. **NORUEGA**

Si no está Vd. de acuerdo con una decisión noruega, dispone de 6 semanas desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión para recurrir ante la institución mencionada en el recuardo 2 o 4 del formulario E 118.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 125 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS

Reglamento 1408/71: artículo 36.1 y 2; artículo 63.1; artículo 87.1
Reglamento 574/72: artículo 93.1, 2, 4 y 5; artículo 105.1

Cumplimentar un formulario por beneficiario

1 Factura nº ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2º semestre del ejercicio 20 .....

2 Institución competente destinataria

2.1 Denominación: ..... Nº de código (2 *bis*): .....
2.2 Dirección (2): .....
.....

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Pensionista (régimen asalariados) ☐ Estudiante
☐ Persona asegurada ☐ Pensionista (régimen no asalariados) ☐ Otras personas aseguradas

3.1 Apellido(s) (4)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (4) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección (3): .....
.....
3.4 Dirección (3) en el país competente: .....
.....
3.5 Número de identificación (4 *bis*): .....

4 Miembro de la familia (5)

4.1 Apellido(s) (4)
.....
4.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) ..... Fecha de nacimiento .....

5 La persona indicada: ☐ en el recuadro 3 ☐ en el recuadro 4
se ha beneficiado de las prestaciones en virtud del artículo siguiente del Reglamento 1408/71:

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 2.1.a y 3 ☐ 2.1.b y 3 ☐ 2.1.c y 3 ☐ 22 *bis* ☐ 22 *ter*
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 (5 *bis*) ☐ 31 ☐ 34 *bis* ☐ 34 *ter*
☐ 52 (5 *ter*) ☐ 55.1 (5 *ter*)
a la vista de los formularios siguientes que nos han sido enviados.

5.2 ☐ formulario E ..... de ..... ☐ formulario E 117 de .....
válido del ..... al .....

5.3 La persona indicada ☐ en el recuadro 3 ☐ en el recuadro 4
se ha sometido al reconocimiento médico solicitado el
.....

①

▼B

E 125

6	GASTOS EFECTUADOS			6.1 Importe ([6])
6.2	**Por prestaciones en especie** servidas	del	al	.....
6.3	Asistencia médica:			.....
6.4	Asistencia odontológica:			.....
6.5	Medicamentos:			.....
6.6	Hospitalización	del	al	.....
		del	al	.....
6.7	Otras prestaciones ([7]):			
	.....			.....
6.8	**Total de prestaciones en especie**			.....
6.9	**Controles médicos** ([8]):			
	.....			.....
6.10	**Por prestaciones económicas** abonadas	del	al	.....
6.11	TOTAL DE GASTOS			.....

7	Institución acreedora		
7.1	Denominación:	Nº de código ([9]):	.....
7.2	Dirección ([3]):		
	.....		
7.3	Sello		
		7.4 Fecha:	.....
		7.5 Firma	
		.....	

8	Reservado a la institución del país competente

②

▼B

E 125

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo sobre el Espacio Económico (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.

(2) A indicar si la información es necesaria para la institución acreedora.

(2 *bis*) Completar si se conoce.

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

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

(4 *bis*) Para nacionales españoles titulares o solicitantes de pensión o renta, indicar el número del documento nacional de identidad (DNI), si se posee, aunque esté caducado. Para los nacionales italianos indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».

(5) A indicar solamente cuando el pago se refiera a un miembro de la familia del asegurado.

(5 *bis*) Solo se aplica a las relaciones con Francia y a los derechos derivados de las relaciones con Francia, para las prestaciones serviadas hasta el 31.12.2001.

(5 *ter*) Para las necesidades de las instituciones danesas, indique, si es posible, los datos del empresario cuando se perciban prestaciones con arreglo al artículo 52 o el artículo 55.1:

Denominación de la empresa: .....

Dirección: .....

.....

(6) Indicar el importe en la moneda nacional.

(7) Indicar la naturaleza de las prestaciones: asistencia al parto, prótesis dentales, prótesis ortopédicas, cura termal, ambulancia, medios complementarios de diagnóstico, etc.

(8) Indicar la naturaleza de los controles médicos o de los reconocimientos médicos efectuados.

(8) Completar si se tiene.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 126 ☐ (1)

TARIFAS PARA EL REEMBOLSO DE PRESTACIONES EN ESPECIE

Reglamento 1408/71: artículo 22.1.a.i; artículo 22.3; artículo 22 bis*; artículo 22* ter*; artículo 31.a; artículo 34* bis*; artículo 34* ter
Reglamento 574/72: artículo 34

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares de éste a la institución que estuviera obligada a servir las prestaciones al interesado en el país de estancia, sea directamente, sea por mediación del organismo de enlace. La institución del lugar de estancia, después de haber cumplimentado la parte B del formulario, devolverá un ejemplar a la institución competente.

A. Solicitud

1 Institución destinataria (2)

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (3): .....

.....

.....

2

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

2.1 Apellido(s) (3 *bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (3 *bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 ☐ Esta persona depende de un régimen de no asalariados mencionado en el anexo 11 del Reglamento 574/72

2.4 Número de identificación: .....

3 Miembros de la familia que han recibido asistencia

	Apellido(s) (3 *bis*)	Nombre	Apellido(s) anterior(es)	Fecha de nacimiento
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 El interesado mencionado *supra:*

4.1 durante una estancia en ..... (país)

4.2 en ..... (localidad)

4.3 ha pagado él mismo las prestaciones que le han sido necesarias.

4.4 Él es: ☐ viudo ☐ inválido (4)

4.5 y dispone de unos ingresos de ..... (4).

5 Le rogamos indique sobre los recibos adjuntos, para cada prestación relacionada, la suma que podría serle reembolsada según las tarifas aplicadas por la institución del lugar de estancia. Únicamente para Luxemburgo, indicar igualmente el importe de la participación legal que corre a cargo del asegurado

6 Adjuntos: ..... recibos.

7 Institución competente

7.1 Denominación: ..... Nº de código (4 *bis*): .....

7.2 Dirección (3): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

B. Respuesta

8 Encontrará en anexo ..... recibos calculados según su solicitud.

9 ☐ Cantidad a reembolsar (5): ..... ☐ No hay reembolso

10 Observaciones: .....

.....

.....

.....

11 Institución del lugar de estancia

11.1 Denominación: .....

11.2 Dirección (3): .....

.....

11.3 Sello

11.4 Fecha: .....

11.5 Firma

.....

②

▼B

E 126

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

* Acuerdo 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) Si la institución que estaría obligada a servir las prestaciones en especie no es conocida, el formulario podrá dirigirse al organismo de enlace del país de estancia, es decir:

— *en* **Bélgica** *el «Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité» INAMI (Instituto nacional de seguro de enfermedad-invalidez), en Bruselas;*

— *en* **Dinamarca** *el «Sundhedsministeriet» (Ministerio de Salud), en Copenhague;*

— *en* **Alemania,** *el «AOK-Bundesverband» (Federación nacional de cajas locales de enfermedad), en Bonn;*

— *en* **Grecia,** *la oficina regional o local del Instituto de seguros sociales (IKA); si se trata de un marino, la Caja de jubilación de los marinos (NAT);*

— *en* **España** *el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en Madrid;*

— *en* **Francia,** *el «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Centro de seguridad social de los trabajadores migrantes), en París;*

— *en* **Irlanda,** *«Department of Health» (Ministerio de Sanidad), en Dublín;*

— *en* **Italia,** *el «Ministero della sanità» (Ministerio de Sanidad), en Roma;*

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

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

— *en* **Austria,** *el «Hauptverband der Österreichischen Versicherungsträger» (Asociación nacional de aseguradoras sociales), en Viena;*

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

— *en* **Finlandia,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social), en Helsinki;*

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

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

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

— *en* **Noruega** *la «Rikstrygdeverket» (Oficina Nacional de Seguro), en Oslo;*

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

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

(4) A cumplimentar solamente si la solicitud se dirige a una institución belga.

(4 *bis*) Completar si se tiene.

(5) Indicar el importe total.

▼B

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» al dorso

E 127 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE CANTIDADES GLOBALES MENSUALES

Reglamento 1408/71: artículo 36.1 y 2
Reglamento 574/72: artículo 94; artículo 95

1

Estado nº: ..... del año 20..... (2)

2 Institución competente

2.1 Denominación: ..... Nº de código (3 bis): .....
2.2 Dirección (3): .....
.....

3 El derecho a las prestaciones en especie queda abierto por ser:
☐ trabajador asalariado ☐ titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
☐ trabajador no asalariado ☐ titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

3.1 Apellido(s) (4)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido(s) anterior(es) (4) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Número de identificación atribuido por la institución competente (4 ter): .....

4 Esta factura individual se refiere a:

4.1 ☐ la familia del trabajador designado en el recuadro 3, residente en la siguiente dirección (3):
.....
4.2 ☐ el titular de pensión o de renta designado en el recuadro 3, residente en la siguiente dirección (3): .....
.....
4.3 ☐ el miembro de la familia, designado a continuación, del titular de pensión o de renta designado en el recuadro 3:
4.3.1 Apellido(s) (4):
.....
4.3.2 Nombre: ..... Apellidos anteriores (4): ..... Fecha de nacimiento: .....
4.3.3 Dirección (3): .....
.....
4.3.4 Número de identificación atribuido por la institución competente (4 bis):.....
.....

5 El derecho de los miembros de la familia del trabajador designado anteriormente o del titular de pensión o de renta designado anteriormente y de los miembros de su familia a las prestaciones en especie ha sido certificado por su formulario:
E ..... del .....

6 Por el período durante el que ha subsistido ese derecho
(del ..... al .....),

6.1 el número de cantidades globales mensuales:
☐ por familia o por pensionista y familia ☐ por miembro de familia ☐ por cabeza
es de .....

①

▼B

E 127

7	Institución acreedora

7.1 Denominación: ..... Nº de código (5): .....

7.2 Dirección (3): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

8	Reservado a la institución competente

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, en 3 ejemplares, utilizando únicamente las líneas de puntos

El presente formulario lo expedirá la institución del lugar de residencia y tendrá una duración de un año civil. Ésta lo dirige a la institución competente por mediación del organismo designado para la aplicación del artículo 102.2 del Reglamento 574/72.

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.

(2) El año a indicar es aquél en el que se han concedido las prestaciones.

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

(3 *bis*) Completar si se conoce.

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

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

(5) Completar si se tiene.