Detta dokument är endast avsett som dokumentationshjälpmedel och institutionerna ansvarar inte för innehållet

►**B**

BESLUT nr 179

av den 18 april 2000

om de standardblanketter som behövs för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 111, E 111 B, E 113-E 118, E 125-E 127)

(Text av betydelse för EES)

(2002/154/EG)

(EGT L 54, 25.2.2002, s. 1)

Ändrat genom:

		Officiella tidningen		
		nr	sida	datum
►**M1**	Beslut 2003/251/EG nr 187 av den 27 juni 2002	L 93	40	10.4.2003

▼B

BESLUT nr 179

av den 18 april 2000

om de standardblanketter som behövs för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 111, E 111 B, E 113-E 118, E 125-E 127)

(Text av betydelse för EES)

(2002/154/EG)

ADMINISTRATIVA KOMMISSIONEN FÖR SOCIAL TRYGGHET FÖR MIGRERANDE ARBETARE HAR FATTAT DETTA BESLUT

med beaktande av artikel 81 a i rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen ([1]), enligt vilken Administrativa kommissionen har till uppgift att handha samtliga administrativa frågor som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 och senare förordningar,

med beaktande av artikel 2.1 i rådets förordning (EEG) nr 574/72 ([2]) enligt vilken det är Administrativa kommissionens uppgift att utarbeta standardblanketter för intyg, bestyrkta utlåtanden, deklarationer, ansökningar och andra handlingar som behövs för tillämpningen av förordningarna,

med beaktande av rådets förordning (EG) nr 1606/98 ([3]) om ändring av förordning (EEG) nr 1408/71 och förordning (EEG) nr 574/72 i syfte att utvidga denna till att omfatta särskilda system för offentligt anställda,

med beaktande av rådets förordning (EG) nr 307/1999 ([4]) om ändring av förordning (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 till att omfatta studerande, och

av följande skäl:

Det finns skäl att anpassa beslut nr 153 ([5]) och beslut nr 168 ([6]) om de standardblanketter som behövs för tillämpningen av nämnda förordningar.

Det är också lämpligt att anpassa standardblanketterna så att de ändringar som har införts i medlemsstaternas nationella lagstiftning beaktas.

Genom Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet av den 2 maj 1992, ändrat genom protokoll av den 17 mars 1993, bilaga VI, införlivas rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

Enligt beslut av Gemensamma EES-kommittén skall de standardblanketter som är nödvändiga för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 anpassas och användas inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

Av praktiska skäl bör de blanketter som används inom gemenskapen och inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet vara identiska.

Frågan om vilket språk blanketterna skall upprättas på har avgjorts genom Administrativa kommissionens rekommendation nr 15.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

1. Standardblanketterna E 111, E 111 B, E 113-E 118, E 125 och E 126, som finns tryckta i beslut nr 153, samt E 127, som finns tryckt

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

▼B

i beslut nr 168, skall ersättas av de blanketter som medföljer som bilagor till detta beslut.

2. De behöriga myndigheterna i medlemsstaterna skall se till att berörda personer (förmånsberättigade personer, institutioner, arbetsgivare osv.) har tillgång till blanketter i enlighet med de bifogade standardblanketterna.

3. Varje blankett skall finnas tillgänglig på gemenskapens officiella språk och utformas på ett sådant sätt att uppställningen i de olika versionerna helt stämmer överens och därigenom gör det möjligt för var och en som blanketten är avsedd för (förmånsberättigade personer, institutioner, arbetsgivare osv.) att få blanketter på sitt eget språk.

4. Detta beslut skall tillämpas från och med den första dagen i den månad som följer efter det att det har offentliggjorts i *Europeiska gemenskapernas officiella tidning*.

Ordförande i Administrativa kommissionen

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningsblad

E 111 ☐ (1)

INTYG FÖR RÄTT TILL SJUKVÅRDSFÖRMÅNER UNDER TILLFÄLLIG VISTELSE I EN MEDLEMSSTAT

Förordning 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22a; art.22.3; art. 31a; art. 34a
Förordning 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 och 3

”OBSERVERA ATT DETTA INTYG INTE GER NÅGRA RÄTTIGHETER OM SYFTET MED RESAN ÄR ATT FÅ VÅRD I UTLANDET. ”

1 ☐ Anställd ☐ Pensionär (försäkring för anställda) ☐ Studerande

☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (försäkring för egenföretagare) ☐ Annan försäkrad

(Efternamn ([1a]), Tidigare namn ([1a]), D.N.I. ([2a]), Adress ([2]))

1.1 Identifieringsnummer ([2b]) ..... Födelsedatum: .....

2 Familjemedlemmar ([3])

2.1	Efternamn ([1a])	Förnamn	Tidigare namn	Födelsedatum	Identifieringsnummer ([2b])
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Stadigvarande adress ([2]) ([4]): .....
.....

3 Ovannämnda personer har rätt till vårdförmåner enlig sjuk- och moderskapsförsäkringen.
Förmåner kan utges

3.1 ([5]) ☐ fr.o.m ..... t.o.m.....

3.2 ([5]) ☐ fr.o.m .....

▼**M1**

E 111

4	Behörig institution

4.1 Namn: ..... Kodnummer ([6]): .....

4.2 Adress ([2]): .....

.....

4.3 Stämpel

4.4 Datum: .....

4.5 Underskrift

.....

4.6	Giltigt fr.o.m		t.o.m	4.10	Giltigt fr.o.m		t.o.m .....
4.7	Stämpel	4.8	Datum:	4.11	Stämpel	4.12	Datum .....
		4.9	Underskrift			4.13	Underskrift .....

5	Behörig fransk institution för olycksfall utanför arbetet för sådant olycksfall som egenföretagare inom jordbruket råkat ut för

5.1 Namn: ..... Kodnummer ([6]): .....

5.2 Adress ([2]): .....

.....

5.3 Stämpel

5.4 Datum: .....

5.5 Underskrift

.....

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i denna blankett med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten bestå av tre sidor av vilka ingen får utelämnas.

Den behöriga institutionen eller i förekommande fall institutionen på pensionärens eller den anställdes/egenföretagarens familjemedlems bosättningsort skall fylla i denna blankett och sända den till berörd person eller sända den till institutionen på vistelseorten om blanketten utfärdats på begäran av den sistnämnda. Denna blankett erfordras inte om personen det gäller vistas i Förenade kungariket.

Upplysningar till den försäkrade och dennes familjemedlemmar

a) Denna handling ger

— *i händelse av omedelbart behov den anställde eller egenföretagaren, studerande eller annan försäkrad person och dennes familjemedlemmar, som anges under punkt 2, vilka tillfälligt vistas i annan medlemsstat än den behöriga staten, och*

— *pensionären och dennes familjemedlemmar, som anges under punkt 2, vilka tillfälligt vistas i annan medlemsstat än den där de vanligtvis är bosatta,*

rätt till vårdförmåner från försäkringsorgan i vistelselandet vid sjukdom (inbegripet, kronisk sjukdom och redan förekommande sjukdom) eller moderskap och tillfälligt vid olycksfall i arbetet eller arbetssjukdom.

b) När någon av de berörda personerna måste söka förmåner, inklusive sjukhusvård, **skall** *han/hon uppvisa denna blankett för försäkringsorganet i landet där han/hon vistas, dvs.:*

i **Belgien,** *valfri "mutualité" (lokala sjukförsäkringskassa);*

i **Danmark,** *behörig "amtskommune" (landstinget), I Köpenhamns kommun "magistraten" (kommunförvaltningen); i Fredriksbergs kommun, "kommunalbestyrelsen" (kommunförvaltningen). Läkare, tandläkare eller apotekare kan konsulteras utan att först kontakta de nämnda institutionerna. Denna blankett måste uppvisas vid varje ansökan om förmåner. Förteckning över läkare och tandläkare som kan anlitas erhålls hos den lokala "social- og sundhedsförvaltningen" (social- och hälsovårdsmyndigheten);*

i **Tyskland,** *valfri sjukkassa;*

i **Grekland,** *vanligen det regionala eller lokala kontoret hos Socialförsäkringsinstitutet (IKA), som förser berörd person med en "hälsobok"* **utan vilken inga vårdförmåner kan utges;**

▼**M1**

E 111

i **Spanien,** *sjukvårds- och sjukhusinrättningarna i den spanska socialförsäkringens hälsovårdssystem. Blanketten skall inlämnas tillsammans med en fotokopia;*

i **Frankrike,** *"Caisse primaire d'assurance-maladie" (den lokala sjukförsäkringskassan);*

i **Irland,** *"Health Board" (Hälsonämnden) inom vars område förmåner begärs;*

i **Italien,** *vanligen "Unità sanitaria locale" (USL, den lokala hälsovårdsenheten) som ansvarar för det berörda området; för sjömän och besättningsmän på civilflygplan, "Ministero della sanità, Ufficio di sanità marrittima o aerea" (Hälsovårdsministeriet, flottans eller flygets hälsovårdskontor) som ansvarar för området i fråga;*

i **Luxemburg,** *"Caisse de maladie des ouvriers" (sjukkassan för arbetare);*

i **Nederländerna,** *"ANOZ Verzekeringen" i Utrecht. Läkare, tandläkare eller apotekare kan konsulteras utan att först kontakta ANOZ Verzekeringen. Vid inläggning på sjukhus skickar sjukhuset ansökningsblanketten och blankett E 111 till ANOZ Verzekeringen;*

i **Österrike,** *"Gebietskrankenkasse" (distriktssjukkassan);*

i **Portugal (fastlandet):** *"Administração Regional de Saúde" (regionala hälsovårdsadministrationen) på vistelseorten;* **för Madeira:** *"Direcção Regional de Saúde Pública" (det regionala direktoratet för hälsoväsendet) i Funchal;* **för Azorerna:** *"Direcção Regional de Saúde" (det regionala direktoratet för hälsoväsendet) i Angra do Heroísmo;*

i **Finland,** *lokalbyrån för "Kansaneläkelaitos" (Folkpensionsanstalten), om ersättning söks för sjukvårdskostnader uppkomna i den privata sektorn. Vårdförmåner kan fås hos kommunala hälsoinrättningar och allmänna sjukhus mot uppvisande av intyget;*

i **Sverige,** *försäkringskassan. Vård hos sjukvårdsinrättning (sjukhus, läkare, tandläkare o.s.v.) kan sökas utan att först kontakta nämnda institution;*

i **Island,** *"Tryggingastofnun rikisins" (Riksförsäkringsverket) i Reykjavik;*

i **Liechtenstein,** *"Amt für Volkswirtschaft" (Nationella ekonomiverket) i Vaduz;*

i **Norge,** *det "lokale trygdekontor" (lokala försäkringskontoret). Vård hos sjukvårdsinrättning kan sökas utan att först kontakta nämnda institution. Denna blankett skall uppvisas när vård söks.*

c) För att få kontantförmåner skall personen det gäller inom tre dagar från arbetsoförmågans början ansöka hos institutionen på vistelseorten genom att lämna in ett meddelande om att han/hon upphört att arbeta eller, om den lagstiftning som tillämpas av den behöriga institutionen eller av institutionen på vistelseorten så föreskriver, ett intyg om arbetsförmåga utfärdat av den läkare som behandlar berörd person.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge

([1]) Nationalitetsbeteckningar: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge;

([1a]) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.

Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (efternamn, förnamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

([2]) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

([2a]) För spanska medborgare anges i förekommande fall numret på det nationella identitetskort (D.N.I), även om kortet är ogiltigt.

([2b]) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

([3]) Ange endast de familjemedlemmar som tillfälligt skall bege sig till en annan medlemsstat.

([4]) Ifylls endast om familjemedlemmarnas adress är en annan än den anställdes/egenföretagarens eller pensionärens.

([5]) Dessa två punkter utesluter varandra. Sätt ett kryss i tillämpligt ruta.

([6]) Ifylls om sådant finns.

▼M1

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

FÖRSÄKRING FÖR EGENFÖRETAGARE

Se anvisningar på baksidan

E 111 **B** (1)

INTYG FÖR RÄTT TILL SJUKVÅRDSFÖRMÅNER UNDER TILLFÄLLIG VISTELSE I EN MEDLEMSSTAT

Förordning 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31a
Förordning 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 och 3

”OBSERVERA ATT DETTA INTYG INTE GER NÅGRA RÄTTIGHETER OM SYFTET MED RESAN ÄR ATT FÅ VÅRD I UTLANDET. ”

1 ☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (Efternamn ([1a]), tidigare namn ([1a]), förnamn, adress ([2]))

1.1 Identifieringsnummer ([1b]): ..... Födelsedatum: .....

2 Familjemedlemmar ([3])

2.1 Efternamn ([1a])	Förnamn	Tidigare namn	Födelsedatum	Identifieringsnummer ([1b])
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Stadigvarande adress ([2]) ([4]): .....
.....

ENDAST FÖR SJUKHUSVISTELSE

3 Ovannämnda personer har rätt till vårdförmåner endast i händelser av sjukhusvistelse
Förmåner kan utges.

3.1 fr.o.m. ..... t.o.m. .....

4 Behörig institution

4.1 Namn: ..... Kodnummer ([5]): .....
4.2 Adress ([2]): .....
.....
4.3 Stämpel

4.4 Datum: .....
4.5 Underskrift
.....

4.6 Giltigt fr.o.m. ..... t.o.m.	4.10 Giltigt fr.o.m. ..... t.o.m. .....
4.7 Stämpel 4.8 Datum:	4.11 Stämpel 4.12 Datum: .....
4.9 Underskrift	4.13 Underskrift .....

①

▼M1

FÖRSÄKRING FÖR EGENFÖRETAGARE **E 111** **B**

4.14 Giltigt fr.o.m. ..... t.o.m. ..... 4.15 Stämpel 4.16 Datum: ..... 4.17 Underskrift	4.18 Giltigt fr.o.m. ..... t.o.m. ..... 4.19 Stämpel 4.20 Datum: ..... 4.21 Underskrift .....

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i denna blankket med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.

Den behöriga institutionen eller, i förekommande fall, institutionen på pensionärens bosättningsort skall fylla i denna blankett och sända den till berörd person eller sända den till institutionen på vistelseorten om blanketten utfärdats på begäran av den sistnämnda. Denna blankett erfordras inte om personen det gäller vistas i Förenade kungariket.

Upplysningar till den försäkrade och dennes familjemedlemmar

a) Denna handling ger

— *egenföretagaren och dennes familjemedlemmar, som anges under punkt 2, vilka tillfälligt vistas i annan medlemsstat än den behöriga staten, och*

— *pensionären som omfattas av försäkringen för egenföretagare och dennes familjemedlemmar, som anges under punkt 2, vilka tillfälligt vistas i annan medlemsstat än den där de vanligtvis är bosatta,*

rätt till vårdförmåner från försäkringsorgan i vistelselandet endast i händelse av sjukhusvistelse (inbegripet kronisk sjukdom och redan förekommande sjukdom).

b) När någon av de berörda personerna måste söka sjukhusvård **skall** *han/hon uppvisa denna blankett för försäkringsorganet i landet där han/hon vista dvs:*

i **Danmark,** *behörig "amtskommune" (landstinget), I Köpenhamns kommun "magistraten" (kommunförvaltningen); i Fredriksbergs kommun, "kommunalbestyrelsen" (kommunförvaltningen). Denna blankett måste uppvisas vid varje ansökan om förmåner;*

i **Tyskland,** *valfri sjukkassa;*

i **Grekland;** *det regionala eller lokala kontoret hos Socialförsäkringsinstitutet (IKA), som förser berörd person med en "hälsobok" utan vilken inga förmåner kan utges;*

i **Spanien,** *sjukhusinrättningarna i den spanska socialförsäkringens hälsovårdssystem. Blanketten skall inlämnas tillsammans med en fotokopia;*

i **Frankrike;** *"Caisse primaire d'assurance-maladie" (lokala sjukförsäkringskassan);*

i **Irland,** *"Health Board" (Hälsonämnden) inom vars område förmånen begärs;*

i **Italien,** *"Unità sanitaria locale" (USL, den lokala hälsovårdsenheten) som ansvarar för det berörda området;*

i **Luxemburg,** *"Caisse de maladie des ouvriers" (sjukkassan för arbetare);*

i **Nederländerna,** *"ANOZ-Verzekeringen" i Utrecht;*

i **Österrike,** *"Gebietskrankenkasse" (distriktssjukkassan) som är behörig på vistelseorten;*

i **Portugal: (fastlandet):** *"Administração Regional de Saúde" (regionala hälsovårdsadministrationen) på vistelseorten;* **för Madeira:** "Direcção Regional de Saúde Pública" (det regionala direktoratet för hälsoväsendet) i Funchal; **för Azorerna:** *"Direcção Regional de Saúde" (det regionala direktorate för hälsoväsendet) i Angra do Heroísmo;*

i **Finland,** *lokalbyrån för "Kansaneläkeleitos" (Folkpensionsanstalten) och sjukhuset som utger vård. Blanketten skall inlämnas vid varje ansökan om förmåner;*

i **Sverige,** *försäkringskassan på vistelseorten;*

i **Island,** *"Tryggingastofnun rikisins" (Riksförsäkringsverket) i Reykjavik;*

i **Liechtenstein,** *"Amt für Volkswirtschaft" (Nationella ekonomiverket) i Vaduz;*

i **Norge**, *det "lokale trygdekontor" (lokala försäkringskontoret) på vistelseorten.*

ANMÄRKNINGAR

(*) EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet.
För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

([1]) Nationalitetsbeteckning: B = Belgien

([1a]) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

([1b]) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

([2]) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

([3]) Ange endast de familjemedlemmar som tillfälligt skall bege sig till en annan medlemsstat.

([4]) Ifylls endast om familjemedlemmarnas adress är en annan än den försäkrades eller pensionärens.

([5]) Ifylls om sådant finns.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sidan 2

E 113 ☐ (1)

UNDERRÄTTELSE OM TID FÖR SJUKHUSVISTELSE

Förordning 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22a; art. 22b; art. 25.1 och 3.i; art. 26; art. 31a; art. 34a; art. 34b; art. 52.a; art. 55.1
Förordning 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 och 3; art. 23; art. 26.3; art. 27; art. 28; art. 31.2 och 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2

Denna blankett skall utfärdas i händelse av återbetalning av vårdförmåner på grundval av verkliga kostnader. Blanketten skall ifyllas av institutionen på bosättnings- eller vistelseorten: del A för att underrätta om inskrivning på sjukhus, del B för att underrätta om utskrivning från sjukhus. Blanketten skall sändas till den behöriga institutionen. Om den behöriga institutionen är en institution i Danmark eller Förenade kungariket är denna blankett inte nödvändig.

1 Behörig institution

1.1 Namn: .....

1.2 Adress ([2]): .....

.....

2 ☐ Anställd ☐ Pensionär (försäkring för anställda) ☐ Studerande

☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (försäkring för egenföretagare) ☐ Annan försäkrad

☐ Arbetslös person ☐ Pensionssökande

2.1 Efternamn ([2a])

.....

2.2 Förnamn ..... Tidligare namn ([2a]) ..... Födelsedatum .....

2.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet ([2])

.....

.....

2.4 Identifieringsnummer ([2b]) .....

3 Familjemedlem som är intagen på sjukhus

3.1 Efternamn ([2a])

.....

3.2 Förnamn ..... Tidigare namn ..... Födelsedatum .....

3.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet ([2]) ([3])

.....

3.4 Identifieringsnummer ([2b]) .....

4 Hänvisning:

4.1 ☐ er blankett ..... av den ..... ([4])

4.2 ☐ vår blankett E 107 av den .....

A. Underrättelse om inskrivning på sjukhus

5 Personen som nämns ☐ under punkt 2 ☐ under punkt 3

5.1 skrevs in för sjukhusvård den .....

5.2 på följande inrättning ([5]) .....

5.3 på grund av ☐ sjukdom ☐ moderskap ☐ olycksfall i arbetet ([6])
☐ arbetssjukdom ([7]) ☐ olycksfall på fritiden ([8])

5.4 Sjukhusvistelsen kommer sannolikt att vara t.o.m. .....

5.5 ☐ ([9]) Nödvändiga handlingar eller läkarutlåtande bifogas

▼B

E 113

B. Underrättelse om utskrivning från sjukhus

6 Sjukhusvistelsen meddelad

☐ genom vår blankett E 113 daterad .....

☐ i del A ovan

avslutades den .....

7 Institution på bosättnings- eller vistelseorten

7.1 Namn: .....

7.2 Adress ([2]): .....

.....

7.3 Stämpel

7.4 Datum: .....

7.5 Underskrift

.....

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i denna blankett med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpling av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

([1]) Nationalitetsbeteckning för det land som fyller i del A: B = Belgien; DK = Danmark; D =Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

([2]) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

([2a]) I fråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

([2b]) I fråga om spanska medborgare anges i förekommande fall numret på det nationella identietskortet (D.N.I.), även om identitetskortet är ogiltigt, eller passnummer/N.I.F. För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale". För personer försäkrade i Sverige anges personnummer.

([3]) Anges om familjemedlemmens adress är en annan än som angetts under punkt 2.

([4]) Nummer och datum för utfärdande av den blankett som intygar den försäkrades rätt till förmåner.

([5]) Sjukhusets namn.

([6]) Om patienten är försäkrad i Belgien eller Liechtenstein anges i fältet nedan arbetsgivarens namn och adress.

Arbetsgivarens namn eller firmanamn: .....

Adress ([2]): .....

.....

([7]) Anges om möjligt.

([8]) Ifylls för franska institutioner för egenföretagare inom jordbruket och för portugisiska institutioner.

([9]) Om tillämpligt, sätt ett kryss i denna ruta.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på baksidan

E 114 ☐ (1)

UTGIVANDE AV VÅRDFÖRMÅNER AV STOR VIKT

Förordning 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22a; art. 22b; art 24; art. 25.1 och 3 i; art. 26; art. 31a; art. 34a; art. 34b; art. 52a; art. 55.1
Förordning 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 och 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 och 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 och 3

Denna blankett skall utfärdas i händelse av återbetalning av vårdförmåner på grundval av verkliga kostnader. Institutionen på bosättnings- eller vistelseorten fyller i del A och sänder ett eller två exemplar till den behöriga institutionen, beroende på om denna underrättelse rör fall som avses under punkt 7.1 eller 7.2. Om den behöriga institutionen beslutar att inte bevilja utgivandet av förmåner, skall den fylla i del B och återsända ett exemplar av blanketten till institutionen på bosättnings- eller vistelseorten. Om den behöriga institutionen är en institution i Förenade kungariket erfordras inte denna blankett.

A. Underrättelse

1 Behörig institution

1.1 Namn: .....

1.2 Adress (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Anställd ☐ Pensionär (försäkring för anställda) ☐ Studerande

☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (försäkring för egenföretagare) ☐ Annan försäkrad

☐ Arbetslös person ☐ Pensionssökande

2.1 Efternamn (3a)

.....

2.2 Förnamn ..... Tidigare namn (3a) ..... Födelsedatum .....

2.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet (2):

.....

.....

2.4 Identifieringsnummer (3b): .....

3 Berörd familjemedlem

3.1 Efternamn (3a)

.....

3.2 Förnamn ..... Tidigare namn ..... Födelsedatum .....

3.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet (2) (4):

.....

3.4 Identifieringsnummer (3b): .....

4 Hänvisning:

4.1 ☐ er blankett ..... av den ..... (5)

4.2 ☐ vår blankett E 107 av den .....

5 Vi har fått bekräftat för personen nämnd

☐ under punkt 2 ☐ under punkt 3

5.1 ☐ nödvändigheten ☐ det mycket brådskande behovet

5.2 av följande förmåner .....

.....

5.3 av vilka de ☐ sannolika ☐ verkliga kostnaderna, enligt vår lagstiftning, uppgår till

..... (6)

6 ☐ Utlåtandet från vår undersökande läkare bifogas (7)

7 Förmånerna angivna under punkt 5.2 (8)

7.1 ☐ har med hänsyn till angelägenheten redan utgetts den .....

7.2 ☐ kommer att utges såvida vi inte från er sida mottager några invändningar inom 15 dagar fr.o.m. det datum då denna underrättelse expedierades.

①

▼B

E 114

8	Institution på bosättnings- eller vistelseorten

8.1 Namn: .....

8.2 Adress (2): .....

.....

8.3 Stämpel

8.4 Datum .....

8.5 Underskrift

.....

B. Skäl till eventuella invändningar från den behöriga institutionens sida

9 Med hänvisning till punkt 7.2 ovan meddelar vi härmed att förmånerna angivna under punkt 5.2 inte kan beviljas

Skäl:

.....

.....

10	Behörig institution

10.1 Namn: ..... Kodnummer (9): .....

10.2 Adress (2): .....

.....

10.3 Stämpel

10.4. Datum: .....

10.5. Underskrift

.....

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i blanketten med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalitetsbeteckning för det land som fyller i del A: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(2) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

(3) Om patienten är försäkrad i Belgien eller Liechtenstein anges i fältet nedan arbetsgivarens namn och adress.

Arbetsgivarens namn eller firmanamn: .....

Adress (2): .....

.....

(3a) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(3b) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

(4) Anges endast om familjemedlemmens adress är en annan än den angiven under punkt 2.

(5) Nummer och datum för utfärdande av den blankett som intygar berörd persons rätt till förmåner.

(6) Kostnaden skall anges i vistelse- eller bosättningslandets valuta.

(7) Sätt ett kryss i därför avsedd ruta om läkarutlåtandet bifogas blanketten.

(8) Om personen det gäller är en belgisk egenföretagare skall **endast** vårdförmåner i händelse av sjukhusvistelse tas med.

(9) Anges om det finns.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sidan 3

E 115 ☐ (1)

BEGÄRAN OM KONTANTFÖRMÅNER VID ARBETSOFÖRMÅGA

Förordning 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1 a ii; art. 22b; art. 25.1 b.; art. 34b; art. 52b; art. 55.1. a ii
Förordning 574/72: art. 18.2 och 3; art. 24; art. 26.5 och 7; art. 61.2 och 3; art. 64

Om blanketten utfärdas för en försäkrad i aktiv sysselsättning skall ett exemplar ifyllas och sändas till den institution som är behörig för sjuk- och moderskapsförsäkring eller för försäkring för olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar. Om det rör en arbetslös person skall ytterligare två exemplar utfärdas av vilka det ena skall sändas till den institution som är behörig för arbetslöshetsförsäkring och det andra till motsvarande institution i det land till vilket den arbetslöse begett sig för att söka anställning (se även anmärkning 7 och 9).

1 Behörig institution

1.1 Namn: .....

1.2 Adress (2): .....

.....

.....

2 ☐ Anställd ☐ Egenföretagare ☐ Arbetslös person

2.1 Efternamn (2a)

.....

2.2 Förnamn ..... Tidigare namn (2a) ..... Födelsedatum .....

2.3 Adress i det behöriga landet (2):

.....

.....

2.4 Adress i bosättnings- eller vistelselandet (2):

.....

.....

2.5 Identifieringsnummer (2b): .....

2.6 Innehar blankett E 119 utfärdad den ..... (3)

och blankett E 303 utfärdad den ..... (3)

3 Arbetsgivare (4)

3.1 Namn eller firmanamn: .....

3.2 Adress (2): .....

.....

3.3 Verksamhetsområde: .....

A. ☐ (5) **Begäran om förmåner**

4 Personen som nämns under punkt 2 ansökte den .....

om kontantförmåner för arbetsoförmåga på grund av

4.1 ☐ sjukdom (6) ☐ moderskap (datum för beräknad förlossning: .....)

☐ olycksfall i arbetet ☐ olycksfall som inträffade den: .....

☐ arbetssjukdom ☐ adoption ☐ reducerad ersättning vid moderskap och adoption (6)

5 Intyget från behandlande läkare

☐ bifogas ☐ kunde inte tillhandahållas

▼B

E 115

6	Enligt vår undersökande läkare	☐	vars utlåtande bifogas
		☐	vars utlåtande kommer att sändas till er så snart som möjligt
6.1	☐ började arbetsoförmågan den	.....	
	och beräknas vara t.o.m.	.....	
6.2	☐ föreligger inte någon arbetsförmåga ([7])		

7 ☐ Personen det gäller bedöms av följande skäl inte ha uppfyllt bestämmelserna i vår lagstiftning:

.....

.....

8 ☐ Arbetsoförmågan orsakades troligtvis av en olyckshändelse för vilken tredje man är ansvarig.

8.1 ☐ Till denna blankett bifogas en rapport över denna olyckshändelse med angivande av adress till inblandad tredje man.

9 ☐ Vi är villiga att för er räkning utge kontantförmåner till personen det gäller. Var vänliga meddela oss om ni godkänner detta tillvägagångssätt och förse oss i så fall med alla nödvändiga upplysningar för utbetalandet av förmånerna ([8]).

10 ☐ Vi är inte villiga att för er räkning utge kontantförmåner till personen det gäller.

B. ☐ ([5]) **Förlängning av arbetsoförmågan**

11	Med hänvisning till		
11.1	☐ vår blankett E 115 av den	.....	
11.2	☐ er blankett E 117 av den	.....	
11.3	vill vi upplysa er om att enligt vår undersökande läkare		
	☐ vars utlåtande bifogas		
	☐ vars utlåtande kommer att sändas till er så snart som möjligt		
	beräknas personen som nämns under punkt 2 vara arbetsoförmögen t.o.m.		
	.....		

12 Institution på bosättnings- eller vistelseorten

12.1	Namn:	.....	
12.2	Adress ([2]):	.....	
	.....		
12.3	Stämpel		
12.4	Datum:	.....	
12.5	Underskrift		
	.....		

②

▼B

E 115

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i blanketten med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.
Blanketten består av tre sidor av vilka ingen får utelämnas.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalitetsbeteckningar: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(2) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

(2a) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(2b) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

(3) Ifylls endast om blanketten avser en arbetslös person.

(4) Ifråga om arbetslösa personer anges senaste arbetsgivare.

(5) Fyll i antingen del A eller del B och sätt ett kryss i rutan som motsvarar ifylld del. Ifråga om Nederländerna måste punkt 4 ifyllas.

(6) Vid ansökan från Norge.

(7) Bifoga en kopia av blankett E 118 som sänts till personen det gäller.

(8) Om blanketten sänds till en tysk eller italiensk institution behöver denna punkt ej fyllas i, utan endast punkt 10.

(9) I Italien skall du så snart som möjligt inge denna blankett – vid sjukdom eller moderskap till det lokala kontoret för "Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS, Centralinstitutet för social trygghet) – vid olycksfall i arbetet eller arbetssjukdom till "Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL, Centralinstitutet för försäkring för olycksfall arbetet). Om ifråga om Nederländerna den behöriga sjukförsäkringsinstitutionen inte är känd, sänds blanketten till GAK, Postbus 8300, Amsterdam.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sid 3

E 116 ☐ (1)

LÄKARUTLÅTANDE AVSEENDE ARBETSOMFÖRMÅGA
(SJUKDOM, MODERSKAP, OLYCKSFALL I ARBETET, ARBETSSJUKDOM)

Förordning 1408/71: art. 19.1 b; art. 22.1 a ii; 1 b ii; 1 c ii; art. 22 b; art. 25.1 b; art. 34 b; art. 52b; art. 55.1 a ii; 1 b ii och 1 c ii
Förordning 574/72: art. 18.2 och 3; art. 24; art. 26.5 och 7; art. 61.2 och 3; art. 64; art. 65.2 och 4

Ifylls av läkaren för den institution som utfärdar blankett E 115 och skall bifogas nämnda blankett samt sändas i slutet kurvert vid fall av sjukdom eller moderskap. Ifråga om Belgien skall denna blankett alltid först sändas till den behöriga belgiska institutionen för sjukförsäkring (9). I Liechtenstein, Norge och Sverige utfärdas denna blankett av den läkare som behandlar personen det gäller och bekräftas av försäkringsinstitutionen.

1 Behörig institution till vilken blanketten ställs

1.1 Namn: .....

1.2 Adress (2): .....

.....

1.3 Hänvisning: vår blankett E 116 av den .....

2 Bifogas blankett E 115 av den .....

3 ☐ Anställd ☐ Egenföretagare ☐ Arbetslös person

3.1 Efternamn (2a)

.....

3.2 Förnamn ..... Tidigare namn (2a) ..... Födelsedatum .....

3.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet (2)

.....

.....

3.4 Identifieringsnummer (3): .....

4 Undertecknad ..... , legitimerad läkare, har undersökt ovannämnda person

den .....

4.1 och anser det vara

☐ ett fall av sjukdom ☐ ett fall av moderskap (datum för beräknad förlossning: .....)

4.2 det troligtvis vara

☐ ett olycksfall i arbetet ☐ en arbetssjukdom ☐ ett olycksfall

4.3 ☐ ett återfall eller försämring

▼B

E 116

A. Allmänt utlåtande

5 Ifylls vid varje fall, särskilt i händelse av olycksfall i arbetet

5.1 Anamnes och nuvarande symptom:
.....
.....

5.2 Klinisk undersökning

5.3 Allmäntillstånd: ..... Vikt: ..... Längd: ..... (4)

5.4 Övriga iakttagelser: .....
.....
.....

5.5 Särskilda undersökningar (5): .....
.....
.....

5.6 Diagnos: .....

5.7 Slutsatser

5.8 ☐ Personen det gäller har inte befunnits vara arbetsoförmögen

5.9 ☐ Personen det gäller har befunnits vara arbetsoförmögen
fr.o.m ..... t.o.m. .....

5.10 ☐ Personen det gäller har befunnits vara delvis arbetsoförmögen med
..... % fr.o.m. ..... t.o.m ..... (5a)

5.11 ☐ Personen det gäller kommer att undersökas ytterligare den .....

5.12 ☐ Personen det gäller bör vara förmögen till arbete fr.o.m .....

B. Utlåtanden vid olycksfall i arbetet

6 Första läkarutlåtande

6.1 Detta olycksfall har resulterat i följande skador (6):
.....
.....
.....

6.2 Dessa skador ☐ har fått ☐ kommer att få nedannämnda följder (7)
.....
.....
.....

6.3 Arbetsoförmågan började den .....

6.4 Den skadade vårdas
☐ hemma ☐ på läkarens mottagning
☐ på sjukhus ☐ på annat håll
Adress (2) (8): .....
.....

②

▼B

E 116

7	Slutligt läkarutlåtande

7.1 Behandlingen avslutades den .....

7.2 Skadorna fastställdes den .....

7.3 ☐ utan men

7.4 ☐ och kommer troligtvis att få nedannämnda följder:

.....

.....

.....

7.5 Detaljerad beskrivning av den skadades tillstånd efter tillfrisknande eller efter avslutad läkarbehandling:

.....

.....

.....

.....

8	Institution på bosättnings- eller vistelseorten

8.1 Namn: .....

8.2 Adress ([2]): .....

.....

8.3 Stämpel

8.4 Datum: .....

8.5 Läkares underskrift

.....

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i blanketten med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.
Blanketten består av tre sidor av vilka ingen får utelämnas.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet.
För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

([1]) Nationalitetsbeteckning för det land som fyller i del A: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge;

([2]) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

([2a]) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

([3]) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnmummer och/eller "codice fiscale".

([4]) Upplysning som lämnas endast om det är nödvändigt.

([5]) Ange slag av undersökning och datum.

([5a]) För norska institutioners behov.

([6]) Ange skadornas typ och art och vilken kroppsdel som skadats; armbrott, krosskada på huvud eller fingrar, invärtes skador, asfyxi, o.s.v.

([7]) Ange fastställda eller troliga följder av de fastställda skadorna: död, bestående eller tillfällig arbetsoförmåga, total eller partiell; vid tillfällig arbetsoförmåga anges beräknad varaktighet.

([8]) Om den skadade behandlas på sjukhus anges sjukhusets namn.

([9]) Blankett E 116 erfordras inte för ansökningar om moderskapsförmåner som utges av Belgien.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på baksidan

E 117 ☐ (1)

UTGIVANDE AV KONTANTFÖRMÅNER VID MODERSKAP OCH ARBETSOFÖRMÅGA

Förordning 1408/71: art. 19.1 b; art 22.1 a ii; art. 22 b; art. 25.1 b; art. 34b; art. 52b; art. 55.1 a ii
Förordning 574/72: art. 18.6 och 8; art. 24; art. 26.7; art. 61.6 och 8; art. 64

Behörig institution fyller i denna blankett och sänder den till institutionen på bosättnings- eller vistelseorten. Den behöriga institutionen skall även upplysa berörd person om kontantförmåner utbetalas av institutionen på bosättningsorten (förordning 574/72: art. 61.8).

1 Institution på bosättnings- eller vistelseorten

1.1 Namn: .....
1.2 Adress (2): .....
.....
.....

2 Hänvisning: er blankett E 115 av den .....

3 ☐ Anställd ☐ Egenföretagare ☐ Arbetslös person

3.1 Efternamn (2a)
.....
3.2 Förnamn ..... Tidigare namn (2a) ..... Födelsedatum .....
3.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet (2)
.....
.....
3.4 Identifieringsnummer (2b) .....

4 ☐ har rätt till kontantförmåner provisoriskt
fr.o.m. ..... t.o.m. ..... , med möjlighet till förlängning
4.1 ☐ har inte rätt till kontantförmåner
Anledning: se bifogade blankett E 118
4.2 ☐ har inte längre rätt till kontantförmåner fr.o.m. .....
Anledning: se bifogade blankett E 118

5 Dessa förmåner kommer att utges (3a)
5.1 ☐ av oss
5.2 ☐ av er för vår räkning (3b)
5.3 ☐ av arbetsgivaren (4)
fr.o.m. ..... t.o.m. ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 Förmånen skall utbetalas
6.2 för veckans alla dagar, utom ☐ måndag ☐ tisdag ☐ onsdag ☐ torsdag ☐ fredag ☐ lördag ☐ söndag
6.3 Förmånens nettobelopp per dag uppgår till
..... (7) om den försäkrade inte vistas på sjukhus
..... (7) om den försäkrade vistas på sjukhus
6.4 ☐ (8) Om förmånen utbetalas månadsvis, skall antalet ersatta dagar vara 30, oavsett antal dagar i månaden.

7 Vänligen underrätta oss så snart som möjligt om resultatet av
7.1 ☐ undersökning (9) .....
7.2 ☐ administrativa kontroller
7.3 ☐ ytterligare läkarundersökning, som skall utföras omkring (datum) .....

▼B

E 117

8	Behörig institution			
8.1	Namn:	.....	Kodnummer ([10]):	.....
8.2	Adress ([2]):	.....		
	.....			
8.3	Stämpel			
			8.4 Datum:	.....
			8.5 Underskrift	
			.....	

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i blanketten med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet.
För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

([1]) Nationalitetsbeteckningar: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

([2]) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

([2a]) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

([2b]) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

([3]) Behöver inte ifyllas för arbetslösa personer för vilka blankett E 119 utfärdats.

([3a]) Den behöriga institutionen kan här ange betalningsform:

.....

.....

([3b]) Om denna blankett ställs till en fransk eller italiensk institution behöver denna ruta inte ifyllas.

([4]) Ifylls, om tillämpligt, av institutioner i Danmark, Tyskland eller Luxemburg.

([5]) Ifylls av institutioner i Tyskland, Spanien eller Luxemburg.

([6]) Ifylls endast i fall som avses med punkt 5.2.

([7]) Beloppet anges i det behöriga landets valuta.

([8]) I förekommande fall, sätt ett kryss i denna ruta.

([9]) Ange typ av begärd läkarundersökning (röntgen, analys av ..., o.s.v.).

([10]) Anges om det finns.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisning på baksidan

E 118 ☐ (1)

UNDERRÄTTELSE OM ATT ARBETSOFÖRMÅGA INTE ERKÄNNS ELLER ATT ARBETSOFÖRMÅGA HAR UPPHÖRT

Förordning 1408/71: art. 19.1 b; art. 22.1a ii; b ii och c ii; art. 22b; art. 25.1 b; art. 34b; art. 52b; art. 55.1 aii, bii och cii
Förordning 574/72: art. 18.4 och 6; art. 24; art. 26.5 och 7; art. 61.4 och 6; art. 64

Om denna blankett avser en försäkrad i aktiv sysselsättning skall institutionen på bosättnings- eller vistelseorten (eller den behöriga institutionen) utfärda två exemplar av vilka det ena skall sändas till den försäkrade själv och det andra till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring eller till institutionen för försäkring för olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar i det behöriga landet (på bosättnings- eller vistelseorten). Om blanketten avser en arbetslös person skall förutom exemplaren nämnda ovan (av vilka det ena skall sändas till den arbetslöse själv), dessutom utfärdas ytterligare två exemplar av vilka det ena skall sändas till den behöriga institutionen för arbetslöshetsförsäkring och det andra till institutionen i det land till vilket den arbetslöse begett sig för att söka anställning.

1 ☐ Anställd ☐ Egenföretagare ☐ Arbetslös person

1.1 Efternamn ([1a])
.....

1.2 Förnamn ..... Tidigare namn ([1a]) ..... Födelsedatum .....

1.3 Adress i bosättnings- eller vistelselandet ([2])
.....
.....

1.4 Identifieringsnummer ([2a]): .....

2 ☐ Behörig institution ☐ Institution på bosättnings- eller vistelseorten

2.1 Namn: .....

2.2 Adress ([2]): .....
.....

3 ☐ De fakta som bibringats oss

☐ Den undersökning som utfördes av vår läkare den ..... utvisar

3.1 ☐ att din arbetsoförmåga endast är partiell

3.2 ☐ att du är berättigad till partiella kontantförmåner uppgående till ett belopp av ..... ([3])
fr.o.m .....

3.3 ☐ att du är arbetsförmögen

3.4 ☐ att din arbetsoförmåga upphörde den ..... ([4])

3.5 ☐ Den sista dag för vilken du får uppbära kontantförmåner är .....

3.6 ☐ Den behöriga institutionen skall besluta om sista dag för vilken du får uppbära kontantförmåner.

3.7 ☐ Du har inte rätt till förmåner p.g.a. .....
.....

4 ☐ Institution på bosättnings- eller vistelseorten ☐ Behörig institution

4.1 Namn: ..... Kodnummer ([5]): .....

4.2 Adress ([2]): .....
.....

4.3 Stämpel

4.4. Datum: .....

4.5. Underskrift
.....

▼B

E 118

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i blanketten med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.
Blanketten består av fem sidor, inklusive bilagan, av vilka ingen får utelämnas.

Upplysningar till den anställde, egenföretagaren eller den arbetslöse.

Om du inte godtar det beslut om vilket du underrättas genom denna handling, kan du överklaga beslutet.

För upplysningar om rättsmedel och tider för överklaganden, se bilaga.

För förfarande och tidsfrister skall du följa instruktionerna givna för den behöriga staten.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalitetsbeteckningar: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(1a) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(2) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

(2a) För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller ”codice fiscale”.

(3) Denna upplysning lämnas endast om den behöriga institutionen fyller i blanketten. Ange om förmånerna utges per dag, vecka eller månad.

(4) Ange arbetsoförmågans sista dag.

(5) Anges om det finns.

▼B

E 118 Bilaga

RÄTTSMEDEL OCH TIDER FÖR ÖVERKLAGANDEN

Förordning 574/72: art. 18.4; art. 61.4

1. **BELGIEN**

Om du inte godtar bifogade beslut har du rätt att inge skriftligt överklagande, daterat och undertecknat, att inlämnas eller sändas i rekommenderat brev till den behöriga arbetsdomstolens kansli, inom en period av en månad fr.o.m. det datum då du mottog underrättelsen om beslutet.

Behöriga arbetsdomstolar är:

(a) om du har hemvist i Belgien, arbetsdomstolen för det distrikt där du har din hemvist;

(b) om du inte har eller inte längre har hemvist i Belgien, arbetsdomstolen för det distrikt där du hade din senaste hemvist eller bosättning i Belgien;

(c) om du inte haft hemvist eller varit bosatt i Belgien, arbetsdomstolen för det distrikt inom vilket du senast var anställd i Belgien.

2. **DANMARK**

Om du vill bestrida bifogade beslut kan du inom fyra veckor fr.o.m. det datum du mottog underrättelse om beslutet inge överklagande hos "Den sociala Ankestyrelsen, Dagpengeudvalget" (Nämnden för sociala överklaganden, Dagersättningskommittén), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Köpenhamn K.

3. **TYSKLAND**

Denna officiella handling vinner laga kraft om du inte inom tre månader från underrättelsen inger överklagande. Överklagande skall inges skriftligen inom tre månader till följande tyska institution:

Namn: .....
Adress: .....
.....

4. **GREKLAND**

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du, inom en period av 30 dagar fr.o.m. det datum då du mottog det bifogade beslutet, inge överklagande till:

Namn: .....
Adress: .....
.....

5. **SPANIEN**

Du kan, inom en period av 30 arbetsdagar fr.o.m. det datum då du mottog underrättelse om bifogade beslut, inge överklagande mot beslutet till följande institution:

Namn: .....
Adress: .....
.....

antingen direkt eller via institutionen på din vistelse- eller bosättningsort.

6. **FRANKRIKE**

Om du vill bestrida bifogade beslut kan du, inom en period av två månader fr.o.m. det datum då du mottog underrättelse om beslutet, inge överklagande hos chefsläkaren vid sjukförsäkringskassan angiven i fältet nedan:

Namn: .....
Adress: .....
.....

③

▼B

E 118 Bilaga

7. **IRLAND**

Om du inte godtar bifogade beslut, kan du inge en begäran till "Social Welfare Appeals Office", D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. En sådan begäran skall göras inom 21 dagar fr.o.m. det datum då du mottog detta beslut.

8. **ITALIEN**

Beslut fattade av Istituto nazionale della previdenza sociale, INPS (Centralinstitutet för social trygghet). Sjukdom och moderskap.

En försäkrad kan bestrida ett beslut fattat av INPS genom att inge ett administrativt överklagande till den behöriga regionala kommissionen inom 90 dagar från mottagande av underrättelse om beslutet det gäller.

Därutöver kan berörd person inleda rättegångsförfarande inom ett år fr.o.m. det datum då underrättelse om kommissionens beslut mottogs, eller efter att 90 dagar förflutit från ingivandet av överklagande om kommissionen då inte fattat något beslut.

Beslut fattade av Istituo nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, INAIL (Centralinstitutet för försäkring för olycksfall i arbetet). Olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar

En försäkrad som önskar bestrida ett beslut fattat av INAIL kan, inom 60 dagar fr.o.m. mottagandet av honom/henne tillsänd underrättelse, upplysa INAIL, genom rekommenderat brev med mottagningsbevis, om anledningarna till att han/hon anser beslutet vara felaktigt; vid fall av bestående arbetsoförmåga skall han/hon ange storleken på den ersättning vilken han/hon anser sig ha rätt till; i varje enskilt fall skall ett läkarintyg bifogas till stöd för överklagandet.

Om personen det gäller inte har mottagit svar inom 60 dagar fr.o.m. ovannämnda mottagningsbevis datum eller om han/hon inte är tillfreds med svaret kan han/hon ta INAIL till domstol i saken.

Framställan med angivande av skälen till att den försäkrade inte godtar INAIL:s beslut kan sändas till INAIL antingen direkt eller via institutionen på bosättnings- eller vistelseorten.

9. **LUXEMBURG**

Om du inte godtar bifogade beslut har du rätt att anföra principöverklagande till "Conseil arbitral des assurances sociales" inom en period av 40 dagar fr.o.m. det datum då du mottog underrättelse om beslutet.

10. **NEDERLÄNDERNA**

Om du inte godtar bifogade meddelande kan du begära att den behöriga nederländska institutionen angiven under punkt 2 eller 4 i blankett E 118 fattar ett överklagbart beslut inom en skälig tidsperiod. Ordning för överklagande och tidsfristen för överklagande kommer att anges i beslutet.

11. **ÖSTERRIKE**

Om du inte godtar bifogade underrättelse (blankett E 118) kan du begära ett beslut från den behöriga österrikiska institutionen nämnd under punkt 2 eller 4 i ovannämnda blankett i vilket finns anvisningar om tillåtligt rättsmedel.

12. **PORTUGAL**

Om du inte godtar bifogade beslut kan du,

— om arbetsoförmåga inte erkänts, inge överklagande till "Commissão Instaladora da Administraçao Regional de Saúde" (Regionala administrativa hälsonämnden) inom åtta dagar från det underrättelse om beslutet mottogs

eller

— om en ansökan om kontantförmåner avslagits på administrativa grunder, inge överklagande till lokala behöriga "Tribunal Administrativo de Circulo" (administrativa domstolen) inom två månader från det underrättelse om beslutet mottogs. Om du varit bosatt utanför Portugal — fyra månader från det underrättelse om beslutet mottogs.

13. **FINLAND**

Om du vill bestrida bifogade beslut, kan du inom 30 dagar fr.o.m. det datum då du mottog underrättelse om bifogade beslut inge överklagande, antingen till den finska försäkringsinstitution som anges under punkt 2 eller 4 i blankett E 118, eller till den till din bosättningsort närmast belägna försäkringsinstitutionen, vilken även den är angiven under någon av ovannämnda punkter.

▼B

E 118 Bilaga

14. **SVERIGE**

Du kan inom en period av två månader från det du fick del av beslutet inkomma med besvär till den behöriga svenska institutionen som anges under punkt 2 eller 4 i blankett E 118. I besvären skall du ange varför du anser beslutet vara felaktigt.

15. **FÖRENADE KUNGARIKET**

Om du inte godtar bifogade beslut kan du, inom 28 dagar fr.o.m. det datum då underrättelse mottogs, inge överklagande till "Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Socialministeriet, Förmånsbyrån, Direktoratet för utrikes förmåner) i Newcastle upon Tyne, eller i förekommande fall till "Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Socialförsäkringsbyrån för Nordirland, Sektionen för utrikes ärenden) i Belfast.

16. **ISLAND**

Om du vill bestrida befogade beslut kan du inge överklagande till Statens socialtrygghetsnämnd i Reykjavik.

17. **LIECHTENSTEIN**

a) Avseende sjukförsäkring: om du inte godtar en sjukförsäkringskassas beslut kan du begära ett formellt beslut som måste innehålla skäl och upplysningar om rättens gång.

   Inom 60 dagar från mottagandet av det formella beslutet kan berörda personer inge talan hos respektive domstol.

b) Avseende olycksfallsförsäkring: om du inte godtar ett beslut från en institution för olycksfallsförsäkring kan du inom två månader från mottagandet av beslutet begära att respektive institution för olycksfallsförsäkring omprövar sitt beslut.

   Om du inte godtar ett formellt beslut från en institution för olycksfallsförsäkring kan du också, inom två månader från det datum då beslutet mottogs, inge talan hos respektive domstol. Detta gäller även för beslut från institutioner för olycksfallsförsäkring rörande ovannämnda begäran om omprövning.

18. **NORGE**

Ett överklagande av ett norskt beslut måste sändas till institution som anges under punkt 2 eller 4 i blankett E 118 inom sex veckor från det datum då underrättelse om beslutet mottogs.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sidan 2

E 125 ☐ (1)

INDIVIDUELL FÖRTECKNING ÖVER VERKLIGA KOSTNADER

Förordning 1408/71: art. 36.1 och 2; art. 63.1; art. 87.1
Förordning 574/72: art. 93.1, 2, 4 och 5; art. 105.1

För varje förmånstagare skall en separat blankett utfärdas

1 Faktura nr ..... (2) ☐ Första halvåret ☐ Andra halvåret av räkenskapsåret 20 .....

2 Behörig institution till vilken blanketten ställs

2.1 Namn: ..... Kodnummer (2a): .....
2.2 Adress (3): .....
.....

3 ☐ Anställd ☐ Pensionär (försäkring för anställda) ☐ Studerande
☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (försäkring för egenföretagare) ☐ Annan försäkrad

3.1 Efternamn (4)
.....
3.2 Förnamn ..... Tidigare namn (4) ..... Födelsedatum .....
3.3 Adress (3): .....
.....
3.4 Adress (3) i det behöriga landet: .....
.....
3.5 Försäkringsnummer (4a): .....

4 Familjemedlem (5)

4.1 Efternamn (4)
.....
4.2 Förnamn ..... Tidigare namn ..... Födelsedatum .....

5 Personen som anges ☐ under punkt 3 ☐ under punkt 4 har uppburit förmåner
enligt följande artikel i förordn. 1408/71:

5.1 ☐ 19.1 och 2 ☐ 22.1a och 3 ☐ 22.1b och 3 ☐ 22.1c och 3 ☐ 22a ☐ 22b
☐ 25.1, 3 och 4 ☐ 26 ☐ 29.1 (5a) ☐ 31 ☐ 34a ☐ 34b
☐ 52 (5b) ☐ 55.1 (5b)

på grundval av följande blanketter som sänts till oss

5.2 ☐ blankett E ..... av den ..... ☐ blankett E 117 av den .....
giltighetstid fr.o.m. ..... t.o.m. .....

5.3 Personen som anges ☐ under punkt 3 ☐ under punkt 4
har genomgått begärd läkarundersökning den
.....

▼B

E 125

6	Uppkomna kostnader		6.1 Belopp ([6])
6.2	**För vårdförmåner som utgetts**	fr.o.m. ..... t.o.m.	.....
6.3	Sjukvård	.....	.....
6.4	Tandvård	.....	.....
6.5	Läkemedel	.....	.....
6.6	Sjukhusvård	fr.o.m. ..... t.o.m.	.....
		fr.o.m. ..... t.o.m.	.....
6.7	Andra förmåner ([7])	.....	
		.....	.....
6.8	**Sammanlagda vårdförmåner**		.....
6.9	**Läkarundersökning** ([8])	.....	
		.....	.....
6.10	**För kontantförmåner som utgetts**	fr.o.m. ..... t.o.m.	.....
6.11	TOTALA KOSTNADER		.....

7	Institution till vilken återbetalning skall ske		
7.1	Namn:	.....	Kodnummer ([9]): .....
7.2	Adress ([3]):	.....	
		.....	
7.3	Stämpel		
		7.4 Datum:	.....
		7.5 Underskrift	
			.....

8	Ifylls av institutionen i det behöriga landet

②

▼B

E 125

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i denna blankett med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor av vilka ingen får utelämnas.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalitetsbeteckningar: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(2) Ifylls om den institution till vilken återbetalning skall ske behöver denna uppgift.

(2a) Ifylls om det är känt.

(3) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

(4) I fråga som spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternam, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(4a) I fråga om spanska medborgare vilka uppbär pension eller har ansökt om pension anges i förekommande fall numret på det nationella identitetskortet (D.N.I), även om identitetskortet är ogiltigt. För italienska medborgare anges, om möjligt, försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

(5) Ifylls endast om sammanställningen avser en av den försäkrades familjemedlemmar.

(5a) Gäller endast i förbindelserna med Frankrike för förmåner som beviljats till och med 31.12.2001.

(5b) För danska institutioner anges, om möjligt, arbetsgivarens namn eller firmanamn och adress om förmåner uppbärs enligt art. 52 eller 55.1.

Arbetsgivarens namn eller firmanamn: .....

Adress: .....

.....

(6) Beloppet anges i nationell valuta.

(7) Ange slag av vårdförmån: förlossningsvård, tandproteser, ortopediska proteser, hälsohemsbehandling, ambulans, ytterligare åtgärder för diagnostisering osv.

(8) Ange slag av läkarundersökningar och kontroller som utförts.

(8) Anges om det finns.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sid. 3

E 126 ☐ (1)

TAXA FÖR ÅTERBETALNING AV VÅRDFÖRMÅNER

Förordning 1408/71: art. 22.1ai; art. 22.3; art. 22a; art. 22b; art. 31a; art. 34a; art. 34b
Förordning 574/72: art. 34

Behörig institution fyller i del A av blanketten och sänder två exemplar, direkt eller via förbindelseorganet, till den institution i vistelselandet som skulle ha utgett förmånerna till personen det gäller. Institutionen på vistelseorten fyller i del B av blanketten och återsänder ett exemplar till den behöriga institutionen.

A. Begäran

1 Institution till vilken blanketten ställs (2)

1.1 Namn: .....

1.2 Adress (3): .....

.....

.....

2 ☐ Anställd ☐ Pensionär (försäkring för anställda) ☐ Studerande

☐ Egenföretagare ☐ Pensionär (försäkring för egenföretagare) ☐ Annan försäkrad

2.1 Efternamn (3a)

.....

2.2 Förnamn ..... Tidigare namn (3a) ..... Födelsedatum .....

2.3 ☐ Denna person omfattas av sådan försäkring för egenföretagare som avses i bilaga 11 till förordning 574/72

2.4 Identifieringsnummer: .....

3 Familjemedlem(mar) som mottagit behandling

	Efternamn (3a)	Förnamn	Tidigare namn	Födelsedatum
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 Ovannämnda person,

4.1 under vistelse i ..... (land)

4.2 i ..... (stad)

4.3 betalade själv de förmåner han/hon behövde.

4.4 Personen det gäller är ☐ änkling/änka ☐ invalid (4)

4.5 och har en inkomst som uppgår till ..... (4)

5 Var vänlig ange på bifogade kvitton, separat för varje förmånsslag, de belopp som, enligt den taxa som tillämpas av institutionen för vistelseorten, skall återbetalas till personen det gäller. Ifråga om Luxemburg anges det belopp han/hon har att bidraga med till vårdkostnaden.

6 Bifogas ..... kvitton.

7 Behörig institution

7.1 Namn: ..... Kodnummer (4a): .....

7.2 Adress (3): .....

.....

7.3 Stämpel

7.4 Datum: .....

7.5 Underskrift

.....

B. Svar

8 ..... kvitton, med utvisande av begärd taxa, bifogas.

9 ☐ Belopp som skall ersättas (5) ..... ☐ Ingen ersättning

10 Anmärkningar: .....

.....

.....

.....

11 Institution på vistelseorten

11.1 Namn: .....

11.2 Adress (3): .....

.....

11.3 Stämpel

11.4 Datum: .....

11.5 Underskrift

.....

②

▼B

E 126

ANVISNINGAR

Var vänlig fyll i denna blankett med tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor av vilka ingen får utelämnas.

ANMÄRKNINGAR

* EES – Avtalet om europeiska ekonomiska samarbetsområdet, Bilaga VI, Social trygghet. För tillämpning av detta avtal skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalbeteckning för det land som fyller i del A av blanketten: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(2) Om institutionen som skulle ha utgett förmånerna inte är känd får blanketten sändas till förbindelseorganet i vistelselandet dvs.:

— i **Belgien** *"Institut national d'assurance maladie-invalidité" (INAMI) (Centralinstitutet för sjuk- och invalidförsäkring), i Bryssel;*
— i **Danmark** *"Sundhedsministeriet" (Hälsoministeriet) i Köpenhamn;*
— i **Tyskland** *"AOK-Bundesverband" (AOK-Förbundsorganisationen) i Bonn;*
— i **Grekland** *det regionala eller lokala kontoret för Socialförsäkringsinstitutet (IKA); för sjömän Sjömännens pensionskassa (NAT);*
— i **Spanien** *"Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Centrala institutet för social trygghet) i Madrid;*
— i **Frankrike** *"Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants" (Centrum för social trygghet för migrerande arbetare) i Paris;*
— i **Irland** *"Department of Health" (Hälsovårdsministeriet) i Dublin;*
— i **Italien** *"Ministero della Sanità" (Hälsovårdsministeriet) i Rom;*
— i **Luxemburg** *"L'Union des caisses de maladie" (Sjukkassaföreningen) i Luxemburg;*
— i **Nederländerna** *"ANOZ Verzekeringen" i Utrecht.*
— i **Österrike** *"Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger" (de österrikiska socialförsäkringsorganens huvudorganisation) i Wien;*
— i **Portugal** *"Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Avdelningen för internationella förbindelser och konventioner rörande social trygghet) i Lissabon;*
— i **Finland** *"Kansaneläkelaitos" (Folkpensionsanstalten) i Helsingfors;*
— i **Sverige** *Riksförsäkringsverket i Stockholm;*
— i **Island,** *"Tryggingastofnun rikisins" (Riksförsäkringsverket) i Reykjavik;*
— i **Liechtenstein,** *"Amt für Volkswirtschaft" (Nationella ekonomiverket) i Vaduz;*
— i **Norge,** *"Rikstrygdeverket" (Riksförsäkringsverket) i Oslo.*

(3) Gata, nummer, postnummer, stad, land.

(3a) Ifråga om spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
Ifråga om portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternam, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(4) Ifylls endast om begäran sänds till en belgisk institution.

(4a) Ifylls om det finns.

(5) Ange det totala beloppet.

▼B

EUROPEISKA GEMENSKAPERNA
Förordningar om social trygghet
EES*

Se anvisningar på sid 2

E 127 ☐ (1)

INDIVIDUELL FÖRTECKNING ÖVER MÅNATLIGA SCHABLONBELOPP

Förordning 1408/71: art. 36.1 och 2
Förordning 574/72: art. 94; art. 95

1

Förteckning nr ..... för år 20..... (2)

2 Behörig institution

2.1 Namn: ..... Kodnummer (3a) .....
2.2 Adress (3): .....
.....

3 Rätten till vårdförmåner har förvärvats av

☐ anställd ☐ pensionär (försäkring för anställda)
☐ egenföretagare ☐ pensionär (försäkring för egenföretagare)

3.1 Efternamn (4)
.....
3.2 Förnamn ..... Tidigare namn (4) ..... Födelsedatum .....
3.3 Identifieringsnummer tilldelat av den behöriga institutionen (4a): .....

4 Denna individuella förteckning gäller:

4.1 ☐ familjen till den anställde eller egenföretagare som anges i punkt 3 och som är bosatt på följande adress (3):
.....
4.2 ☐ den pensionär som anges i punkt 3 och som är bosatt på följande adress (3): .....
.....
4.3 ☐ nedan angivna familjemedlem till den pensionär som anges i punkt 3:
4.3.1 Namn (4)
.....
4.3.2 Förnamn ..... Tidigare namn (4) ..... Födelsedatum: .....
4.3.3 Adress (3): .....
.....
4.3.4 Identifieringsnummer tilldelat av den behöriga institutionen (4a): .....
.....

5 Rätten till vårdformåner tillfaller familiemedlemmarne till ovannämnd anställd/egenforetagare eller ovannämnd pensionär och dennes familiemedlemmar med vårt intyg
E ..... av den .....
6 För den period under vilken denna rätt bestod
(fr.o.m. ..... t.o.m. .....),
6.1 uppgick antalet månatliga schablonbelopp
☐ per familj eller per pensionär och familj ☐ per familjemedlem ☐ per person
till .....

▼B

E 127

7	Behörig institution

7.1 Namn: ..... Kodnummer (5): .....

7.2 Adress (3): .....

.....

7.3 Stämpel

7.4 Datum: .....

7.5 Underskrift

.....

8	Ifylls av den behöriga institutionen

ANVISNINGAR

Fyll i blanketten i tre exemplar. Använd tryckbokstäver och skriv endast på de streckade linjerna.

Institutionen på bosättningsorten utfärdar blanketten för ett kalenderår och sänder den till den behöriga institutionen via det organ som utsetts för tillämpningen av artikel 102.2 i förordning. 574/72.

ANMÄRKNINGAR

* EES-avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, bilaga VI, Social trygghet: Enligt detta avtal skall denna blankett gälla även för Island, Liechtenstein och Norge.

(1) Nationalitetsbeteckning för det land där institutionen som fyller i blanketten finns: B = Belgien; DK = Danmark; D = Tyskland; GR = Grekland; E = Spanien; F = Frankrike; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Nederländerna; A = Österrike; P = Portugal; FIN = Finland; S = Sverige; GB = Förenade kungariket; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norge.

(2) Ange det år då förmånerna utgavs.

(3) Gata, nummer, postnummer, ort, land.

(3a) Anges om det är känt.

(4) För spanska medborgare anges båda efternamnen vid födelsen.
För portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de framgår på identitetskort eller i pass.

(4a) För italienska medborgare anges om möjligt försäkringsnummer och/eller "codice fiscale".

(5) Anges om det finns.