

## II

(Actos cuya publicación no es una condición para su aplicabilidad)

## COMISIÓN

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES  
MIGRANTES

## DECISIÓN N° 202

de 17 de marzo de 2005

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 y E 127)

(Texto pertinente a efectos del EEE y del Acuerdo UE-Suiza)

(2006/203/CE)

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

Visto el artículo 81, letra a), del Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad <sup>(1)</sup>, en virtud del cual la Comisión Administrativa se encarga de resolver todas las cuestiones administrativas derivadas de las disposiciones del Reglamento (CEE) n° 1408/71 y de los ulteriores,

Visto el artículo 2, apartado 1, del Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad <sup>(2)</sup>, en virtud del cual la Comisión Administrativa debe establecer los modelos de documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión n° 153, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 001, E 103 — E 127) <sup>(3)</sup>,

Vista la Decisión n° 164, de 27 de noviembre de 1996, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 101 y E 102) <sup>(4)</sup>,

Vista la Decisión n° 166, de 2 de octubre de 1997, relativa a la modificación que deberá introducirse en los formularios E 106 y E 109 <sup>(5)</sup>,

<sup>(1)</sup> DO L 149 de 5.7.1971, p. 2. Reglamento modificado en último lugar por el Reglamento (CE) n° 647/2005 del Parlamento Europeo y del Consejo (DO L 117 de 4.5.2005, p. 1).

<sup>(2)</sup> DO L 74 de 27.3.1972, p. 1. Reglamento modificado en último lugar por el Reglamento (CE) n° 647/2005.

<sup>(3)</sup> DO L 244 de 19.9.1994, p. 22.

<sup>(4)</sup> DO L 216 de 8.8.1997, p. 85.

<sup>(5)</sup> DO L 195 de 11.7.1998, p. 25.

Vista la Decisión n° 168, de 11 de junio de 1998, relativa a la modificación que deberá introducirse en los formularios E 121 y E 127, y a la supresión del formulario E 122 <sup>(1)</sup>,

Vista la Decisión n° 179, de 18 de abril de 2000, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 111, E 111 B, E 113 a E 118 y E 125 a E 127) <sup>(2)</sup>,

Vista la Decisión n° 185, de 27 de junio de 2002, por la que se modifica la Decisión n° 153 de 7 de octubre de 1993 (formulario E 108) <sup>(3)</sup>,

Vista la Decisión n° 186, de 27 de junio de 2002, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 101) <sup>(4)</sup>,

Considerando lo siguiente:

- (1) La ampliación de la Unión Europea el 1 de mayo de 2004 exige modificar los modelos de formularios E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 y E 127.
- (2) En virtud del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Acuerdo EEE), de 2 de mayo de 1992, completado por el Protocolo de 17 de marzo de 1993, anexo VI, los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 se aplican en el Espacio Económico Europeo.
- (3) La Comunidad Europea y sus Estados miembros, por un lado, y la Confederación Suiza, por otro, celebraron un Acuerdo sobre la libre circulación de personas (Acuerdo UE-Suiza) que entró en vigor el 1 de junio de 2002. En el anexo II de dicho Acuerdo se hace referencia a los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72.
- (4) Por motivos prácticos, los formularios utilizados en la Unión Europea, en el marco del Acuerdo EEE y en el marco del Acuerdo UE-Suiza deben ser idénticos.

HA ADOPTADO LA PRESENTE DECISIÓN:

1. El modelo de formulario E 101, que figura en la Decisión n° 186, se sustituye por el modelo anejo a la presente Decisión.
2. El modelo de formulario E 102, que figura en la Decisión n° 164, se sustituye por el modelo anejo a la presente Decisión.
3. Queda suprimido el modelo de formulario E 105, que figura en la Decisión n° 153.

Los modelos de formularios E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 y E 124, que figuran en la Decisión n° 153, se sustituyen por los modelos de formularios anejos a la presente Decisión.

4. Los modelos de formularios E 106 y E 109, que figuran en la Decisión n° 166, se sustituyen por los modelos anejos a la presente Decisión.
5. El modelo de formulario E 108, que figura en la Decisión n° 185, se sustituye por el modelo anejo a la presente Decisión.
6. Los modelos de formularios E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 y E 127, que figuran en la Decisión n° 179, se sustituyen por los modelos de formularios anejos a la presente Decisión.

---

<sup>(1)</sup> DO L 195 de 11.7.1998, p. 37.

<sup>(2)</sup> DO L 54 de 25.2.2002, p. 1.

<sup>(3)</sup> DO L 55 de 1.3.2003, p. 74.

<sup>(4)</sup> DO L 55 de 1.3.2003, p. 80.

7. El modelo de formulario E 121, que figura en la Decisión nº 168, se sustituye por el modelo anejo a la presente Decisión.
8. El código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario se indicará con arreglo a lo que sigue:  
«BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.».
9. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de las partes interesadas formularios conformes a los modelos adjuntos. Estos formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y estarán estructurados de tal manera que puedan superponerse perfectamente las diferentes versiones, con el fin de que todos los destinatarios puedan recibir el formulario impreso en su propia lengua.
10. La presente Decisión, que sustituye a las Decisiones nºs 153, 164, 166, 168, 179, 185 y 186, se publicará en el *Diario Oficial de la Unión Europea*. Será aplicable a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de su publicación.

*El Presidente de la Comisión Administrativa*  
Claude EWEN

---





- Solicitud de información
- Notificación de información
- Solicitud de formularios
- Reiteración de solicitud relativa a

- un trabajador por cuenta ajena
- un trabajador por cuenta propia
- un trabajador fronterizo
- un pensionista
- un solicitante de una pensión
- una persona desempleada
- un familiar a cargo

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 84

La institución expedidora cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares a la institución destinataria. Ésta cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución expedidora.

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

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

**Parte A**

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

2.	Información relativa al asegurado <sup>(2)</sup>
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nombre <sup>(4)</sup> : .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....
2.4	Sexo <sup>(5)</sup> : .....

3.	Nacionalidad <sup>(6)</sup> : .....
----	-------------------------------------

4.	Nacimiento
4.1	Fecha de nacimiento <sup>(7)</sup> : .....
4.2	Lugar de nacimiento <sup>(8)</sup> : .....
4.3	Provincia o departamento <sup>(9)</sup> : .....
4.4	País <sup>(10)</sup> : .....

5.	Número de identificación personal <sup>(11)</sup>
5.1	en la institución expedidora: .....
5.2	en la institución destinataria: .....

6.	Dirección: .....
	.....

7.	Información relativa al expediente
7.1	Tipo de prestación: .....
7.2	Referencia del expediente de la institución expedidora: .....
7.3	Referencia del expediente de la institución destinataria: .....

8. Familiar a cargo <sup>(12)</sup>:

8.1 Apellido(s) <sup>(3)</sup>: .....

8.2 Nombre <sup>(4)</sup>: .....

8.3 Apellidos de nacimiento: .....

8.4 Lugar de nacimiento <sup>(6)</sup>: ..... Fecha de nacimiento <sup>(6)</sup>: .....

8.5 Sexo: ..... Nacionalidad <sup>(6)</sup>: .....

8.6 Número de identificación personal <sup>(11)</sup> .....  
en la institución expedidora: .....  
en la institución destinataria: .....

8.7 Dirección: .....  
.....

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

Se ruega enviar en relación con la persona indicada en el recuadro  2  8

9.1  el/los formulario(s) siguiente(s): .....

9.2  el/los documento(s) siguiente(s): .....

9.3  la(s) información(es) siguiente(s): .....

9.4 Motivo de la solicitud: .....

10. Cambio de situación; se han producido los cambios siguientes

.....  
.....  
.....  
.....

11. Informaciones diversas

.....  
.....  
.....  
.....

12. Institución que cumplimenta la parte A

12.1 Denominación: .....

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

12.3 Dirección: .....

12.4 Sello ..... 12.5 Fecha: .....  
.....  
12.6 Firma: .....  
.....

Parte B

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

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

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

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

14. En respuesta a su solicitud de .....  
les comunicamos que no podemos remitirles

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

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

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

14.4  Motivo(s): .....  
.....  
.....

15. Informaciones diversas:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16.  En relación con el formulario que enviaron el .....  
acusamos recibo de la información que figura en el recuadro 10

17. Institución que cumplimenta la parte B

17.1 Denominación: .....

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

17.3 Dirección: .....  
.....

17.4 Sello

17.5 Fecha: .....  
.....

17.6 Firma: .....  
.....

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Los puntos 2.1 a 2.4, que identifican al asegurado, se cumplimentarán cuando sea necesario.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>5</sup>) M = masculino; F = femenino.
- (<sup>6</sup>) En su caso, indicar la fecha de nacionalización.  
Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee, o el NIE en el caso de los extranjeros, aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».
- (<sup>7</sup>) El día y el mes se expresan con dos dígitos cada uno, el año con cuatro dígitos (por ejemplo: 1 de agosto de 1921 = 01.08.1921).
- (<sup>8</sup>) Para las ciudades francesas que comprenden varios distritos, indicar el número del distrito (por ejemplo: París 14). Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (<sup>9</sup>) Información obligatoria para los asegurados de nacionalidad española, francesa o italiana. Esta rúbrica implica la indicación, según los países, de la dependencia territorial del lugar de nacimiento (por ejemplo, en lo que se refiere a Francia, para un municipio de nacimiento, Lille, hay que indicar el departamento de nacimiento «Nord», unido al código del departamento si el asegurado lo conoce, o sea, en este caso, «59». La información anotada será por tanto: «Nord 59»). Para los nacidos en España, indicar solamente la provincia.
- (<sup>10</sup>) Código del país de nacimiento del asegurado, conforme a la nota 1.
- (<sup>11</sup>) Para las instituciones italianas, indicar el «código fiscal».  
Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de la seguridad social maltesa.  
Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.
- (<sup>12</sup>) Cumplimentar si procede.

**CERTIFICADO RELATIVO A LA LEGISLACIÓN APLICABLE**

*Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 13.2.d; artículo 14.1.a; artículo 14.2.a; artículo 14.2.b; artículo 14 bis.1.a, 2 y 4; artículo 14 ter.1, 2 y 4; artículo 14 quater.a; artículo 14 sexies; artículo 17*

*Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 11.1; artículo 11 bis.1; artículo 12 bis.2.a, 5.c y 7.a; artículo 12 ter*

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

1.  Trabajador por cuenta ajena  Trabajador por cuenta propia

1.1 Apellido(s) <sup>(2)</sup>: .....

1.2 Nombre <sup>(3)</sup>: .....

1.3 Apellidos de nacimiento: .....

1.4 Fecha de nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

1.5 Dirección habitual:  
Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....  
Población: ..... Código postal: ..... País: .....

1.6 Nº de identificación personal <sup>(4)</sup>: .....

2.  Empleador  Actividad por cuenta propia

2.1 Nombre o razón social: .....

2.2 Nº de identificación <sup>(5)</sup>: .....

2.3 El empleador es una agencia de contratación Sí  No

2.4 Dirección habitual  
Teléfono: ..... Fax: ..... Correo electrónico: .....  
Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....  
Población: ..... Código postal: ..... País: .....

3. La persona asegurada citada en el recuadro 1

3.1  ha estado empleada por el empleador citado en el recuadro 2 desde .....  
 ha ejercido una actividad por cuenta propia desde .....  
en .....

3.2  trabaja desplazada o ejercerá una actividad por cuenta propia durante un período que se extenderá previsiblemente  
del ..... al .....

3.3  en la(s) empresa(s) que se indica(n) a continuación  en el buque que se indica a continuación

3.4 Nombre o razón social de la(s) empresa(s) o el buque: .....

3.5 Dirección(-ones):  
Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....  
Población: ..... Código postal: ..... País: .....  
Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....  
Población: ..... Código postal: ..... País: .....

3.6 Nº de identificación <sup>(5)</sup>: .....

4. El salario y la cotización a la seguridad social del trabajador por cuenta ajena desplazado están a cargo de:

4.1 el empleador contemplado en el recuadro 2

4.2 la(s) empresa(s) contemplada(s) en el punto 3.4

4.3 otros  en tal caso, indicar el nombre:

..... y

la dirección:

Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....

Población: ..... Código postal: ..... País: .....

5. La persona asegurada queda sujeta a la legislación del país:  (1)

5.1 de conformidad con el artículo:

13.2.d

14.1.a

14.2.a

14.2.b

14 bis.1.a

14 bis.2

14 bis.4

14 ter.1

14 ter.2

14 ter.4

14 quater.a

14 sexies

17

del Reglamento (CEE) nº 1408/71

5.2  desde el ..... hasta el .....

5.3  durante el período de la actividad (véase la carta de la autoridad competente o del organismo designado en el país de empleo que confiere al trabajador el derecho de permanecer amparado por la legislación del Estado de envío,

de ..... referencia del expediente: .....)

6. Institución competente cuya legislación es aplicable

6.1 Denominación: .....

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

6.3 Dirección:

Teléfono: ..... Fax: ..... Correo electrónico: .....

Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....

Población: ..... Código postal: ..... País: .....

6.4 Sello

6.5 Fecha:

6.6 Firma:

## INSTRUCCIONES

La institución designada por el Estado miembro a cuya legislación esté sujeto el trabajador deberá cumplimentar el formulario a petición del trabajador o de su empleador y devolverlo al interesado. Cuando el trabajador se haya desplazado a Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Países Bajos, Austria, Finlandia, Suecia o Islandia, la institución deberá enviar también una copia del formulario al organismo siguiente: en Bélgica, si se trata de un trabajador por cuenta ajena, al «Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid» (Oficina nacional de la seguridad social), Bruselas; y si se trata de un trabajador por cuenta propia, al «Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants» (Instituto de la seguridad social para los trabajadores autónomos), Bruselas; si se trata de un marino, a la «Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins» (Caja de asistencia y previsión de los trabajadores del mar), Amberes; si se trata de un funcionario, al «Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales» (Servicio de relaciones internacionales del Ministerio de Asuntos Sociales); en Dinamarca, a «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Instituto nacional de la seguridad social); en Alemania, al «Deutsche Rentenversicherung Bund» (Seguro federal de pensiones de Alemania), D-97041 Würzburgo; en Francia, al «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)» (Centro de relaciones europeas e internacionales de seguridad social), París; en los Países Bajos, al «Sociale Verzekeringsbank» (Banco de la seguridad social), Amstelveen; en Austria, al «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger» (Federación de organismos austriacos de la seguridad social); en Finlandia, al «Elaketurvakeskus» (Centro nacional de pensiones), Helsinki; en Suecia, al «Försäkringskassan, Huvudkontoret» (Instituto nacional de la seguridad social, oficina central), Estocolmo; en Islandia, al «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik.

### Indicaciones para el trabajador

Antes de su partida para ir a trabajar a un Estado miembro distinto de aquél en que está usted asegurado, compruebe que dispone del documento que le da derecho a percibir las prestaciones en especie necesarias (por ejemplo, atención sanitaria, medicamentos, hospitalización, etc.) en el país en que está trabajando. Si tiene previsto residir en el país en que trabaja, pida a su institución del seguro de enfermedad un formulario E 106 y envíelo a la mayor brevedad a la institución competente del lugar en que vaya a ejercer su actividad laboral. Si está residiendo temporalmente en el país en que va a trabajar, pida a su institución del seguro de enfermedad la tarjeta sanitaria europea, que deberá presentar a su prestador de asistencia sanitaria si requiere prestaciones en especie durante su estancia.

### Información para los empleadores

El Estado miembro que reciba una solicitud de aplicación de los artículos antes mencionados (14.1, 14 ter.1 o 17) del Reglamento (CEE) nº 1408/71 informará debidamente al empleador y al trabajador afectados sobre las condiciones bajo las cuales el trabajador desplazado puede continuar sujeto a su legislación.

Se informará al empleador de que podrá ser objeto de controles durante el período de desplazamiento, a fin de determinar que este período no ha finalizado. Los controles se aplicarán, en especial, al pago de cotizaciones y al mantenimiento del vínculo orgánico. Por otra parte, el empleador del trabajador desplazado informará a la institución competente del Estado de envío de los cambios que se hayan producido durante el período de desplazamiento, y en particular de lo siguiente:

- si el desplazamiento o la ampliación solicitados, en su caso, no han llegado a producirse;
- si el desplazamiento queda interrumpido, a menos que la interrupción de la actividad del trabajador para la empresa en el Estado de empleo sea de carácter puramente temporal;
- si el trabajador desplazado ha sido destinado por su empleador a otra empresa en el Estado de empleo.

En los primeros dos casos, el empleador devolverá este formulario a la institución competente del Estado de envío.

### Información para la institución del lugar de estancia

Si el interesado presenta el documento correspondiente (la tarjeta sanitaria europea o el formulario E 106), la institución del seguro del país de estancia le proporcionará provisionalmente prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional. Si en tal caso la institución requiere el formulario E 123, éste deberá presentarse a la mayor brevedad a la institución siguiente:

en **Bélgica**, para los trabajadores por cuenta ajena respecto a las enfermedades profesionales, al «Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten» (Instituto de enfermedades profesionales), Bruselas y, respecto a los accidentes de trabajo, a la compañía de seguros designada por el empleador;

en la **República Checa**, al seguro de enfermedad que proteja al interesado;

en **Dinamarca**, al «Arbejdsskadestyrelsen» (Servicio nacional de accidentes laborales), Copenhague;

en **Alemania**, a la «Berufsgenossenschaft» (Mutua de accidentes de trabajo) competente;

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

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

en **Irlanda**, al «Department of Health, Planning Unit» (Unidad de planificación del Ministerio de Sanidad), Dublín 2;

en **Italia**, a la delegación provincial competente del «Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)» (Instituto nacional del seguro de accidentes de trabajo);

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

en **Lituania**, al «Teritorinė ligonių kasa» (Caja regional del seguro de enfermedad);

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

en **Malta**, al «Diviżjoni tas-Saħħa» (Departamento de sanidad), Triq il-Merkanti, La Valeta CMR 01;

en los **Países Bajos**, a la institución competente del seguro de enfermedad;

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

en **Polonia**, a la delegación regional del «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud);

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

en **Eslovaquia**, a la compañía del seguro de enfermedad del interesado o al Instituto de la seguridad social, Bratislava;

en **Finlandia**, al «Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto» (Federación de instituciones de seguro de accidentes), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;

en **Suecia**, al «Försäkringskassan» (Oficina local de la seguridad social);

en **todos los demás Estados miembros**, a la institución competente del seguro de enfermedad;

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

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

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

en **Suiza**, para los trabajadores por cuenta ajena, a la institución de seguro de accidentes del empleador; y para los trabajadores por cuenta propia, a la institución de seguro de accidentes del interesado.

Si el trabajador depende del sistema francés de seguridad social, la institución competente para reconocer el derecho a las prestaciones es su Caja del seguro de enfermedad, que podría no coincidir con la institución que figura en el formulario E 101. En su caso, será necesario solicitar la tarjeta sanitaria europea o el formulario E 123 de la Caja correspondiente en el lugar de residencia habitual del trabajador.

Si el trabajador por cuenta propia está cubierto por el régimen de seguridad social finlandés o islandés, siempre deberá solicitar el formulario E 123.

Si el trabajador por cuenta ajena protegido por un régimen de seguridad social islandés sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, el empleador deberá notificarlo debidamente a la institución competente.

## NOTAS

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

(<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.

(<sup>3</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.

(<sup>4</sup>) Para los trabajadores amparados por la legislación española, indicar el número de afiliación a la seguridad social. Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa. Para las personas amparadas por la legislación polaca, indicar los números PESEL y NIP o, en su defecto, la serie y el número de la tarjeta de identidad o el pasaporte. Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.

(<sup>5</sup>) Se ruega indicar el mayor número de datos posible que puedan servir para identificar al empleador o a la empresa del trabajador por cuenta propia.

En el caso de los buques, indicar el nombre y el número de registro.

Para **Bélgica**, si se trata de un trabajador por cuenta ajena, indicar el número de la empresa (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/ Unternehmensnummer) y, si se trata de un trabajador por cuenta propia, el número TVA (número de IVA).

Para la **República Checa**, indicar el número de identificación (IČ).

Para **Dinamarca**, indicar el número CVR.

Para **Alemania**, indicar el «Betriebsnummer des Arbeitgebers» (número de empresa del empleador).

Para **España**, indicar el código de cuenta de cotización del empresario (CCC).

Para **Francia**, indicar el número SIRET.

Para **Italia**, indicar, si es posible, el número de registro de la empresa.

Para **Luxemburgo**, indicar el número de registro en la seguridad social del empleador y, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, el número de la seguridad social (CCSS).

Para **Hungría**, indicar el número de registro en la seguridad social del empleador y, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, el número de identificación de la empresa privada.

Para **Polonia**, indicar el número NUSP, si existe, o los números NIP y REGON.

Para **Eslovaquia**, indicar el número de identificación (IČO).

Para **Eslovenia**, indicar el número de registro del empleador o del trabajador por cuenta propia.

Para los trabajadores sujetos a la legislación **finlandesa** en materia de accidentes de trabajo, se ruega indicar el nombre de la institución competente del seguro de accidentes.

Para **Noruega**, indicar el número de organización.

PRÓRROGA DEL DESPLAZAMIENTO O DE LA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 14.1.b; artículo 14 bis.1.b; artículo 14 ter.1 y 2  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículos 11.2 y 11 bis.2

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

A. Deberá ser cumplimentada por el empleador o el trabajador por cuenta propia

1.	Institución destinataria <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: .....
	Teléfono: ..... Fax: .....
	Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....
	Población: ..... Código postal: ..... País: .....

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....	
2.2	Nombre <sup>(4)</sup> : .....	
2.3	Apellidos de nacimiento: .....	
2.4	Fecha de nacimiento: .....	Nacionalidad: .....
2.5	Dirección habitual:	
	Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....	
	Población: ..... Código postal: ..... País: .....	
2.6	Nº de identificación personal <sup>(5)</sup> : .....	

3.	El trabajador citado anteriormente
	<input type="checkbox"/> está desplazado
	<input type="checkbox"/> lleva a cabo una actividad por cuenta propia de conformidad con el artículo:
3.1	<input type="checkbox"/> 14.1.a <input type="checkbox"/> 14 bis.1.a <input type="checkbox"/> 14 ter.1 <input type="checkbox"/> 14 ter. 2 del Reglamento (CEE) nº 1408/71
3.2	en el período del ..... al .....
3.3	<input type="checkbox"/> para la(s) empresa(s) mencionada(s) a continuación <input type="checkbox"/> en el buque mencionado a continuación
3.4	Nombre de la(s) empresa(s) o del buque .....
3.5	Dirección: .....
	Teléfono: ..... Fax: .....
	Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....
	Población: ..... Código postal: ..... País: .....
3.6	Nº de identificación <sup>(6)</sup> : .....

4. El trabajador estaba en posesión de un certificado relativo a la legislación aplicable (un formulario E 101)

4.1 expedido por la siguiente institución:

Denominación: .....

Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....

Población: ..... Código postal: ..... País: .....

4.2 el día ....., válido hasta el día .....

5. Se solicita que el trabajador continúe amparado por la legislación del país (¹)

[ ]

5.1 en el período del ..... al ..... (²)

6.  Empleado

Actividad por cuenta propia

6.1 Nombre del empleador o de la empresa:

.....

6.2 Nº de identificación (⁶):

.....

6.3 Dirección: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....

Población: ..... Código postal: ..... País: .....

6.4 Sello

6.5 Fecha:

.....

6.6 Firma:

.....

**B. Deberá ser cumplimentada por la autoridad competente o el organismo designado del país de empleo (⁸)**

7. Declaramos:

7.1  estar de acuerdo

no estar de acuerdo

en que el trabajador citado en el recuadro 2 continúe al amparo de la legislación en materia de seguridad social del país

[ ] (¹)

7.2 en el período del ..... al .....

8. Autoridad competente u organismo designado en el país de empleo

8.1 Denominación:

.....

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

.....

8.3 Dirección: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

Calle: ..... nº: ..... Apartado de correos: .....

Población: ..... Código postal: ..... País: .....

8.4 Sello

8.5 Fecha:

.....

8.6 Firma:

.....

## INSTRUCCIONES

**Información para el empleador o el trabajador por cuenta propia**

- a) El empleador o el trabajador por cuenta propia deberá cumplimentar la parte A del formulario (en cuatro ejemplares) y enviarla a la autoridad competente o al organismo designado del país donde el trabajador haya sido desplazado o realice una actividad por cuenta propia, es decir:

en **Bélgica**, si se trata de un trabajador por cuenta ajena, al «Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid», (Oficina nacional de la seguridad social), Bruselas; si se trata de un trabajador por cuenta propia, al «Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen» (Instituto de la seguridad social para los trabajadores autónomos), Bruselas; y si se trata de un marino, a la «Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins/Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden» (Caja de asistencia y previsión de los trabajadores del mar), Amberes;

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

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

en **Alemania**, al «Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland» (Organismo de enlace alemán para el seguro de enfermedad – Relaciones internacionales), Bonn;

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

en **Grecia**, si se trata de un trabajador por cuenta ajena, a la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA-ETAM); si se trata de un marino, al Seguro de pensiones de los trabajadores del mar (NAT); y si se trata de un trabajador por cuenta propia, a la institución designada para cada categoría profesional en el anexo 10, «F. GRECIA», del Reglamento (CEE) n° 574/72;

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

en **Francia**, al «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)» (Centro de relaciones europeas e internacionales de seguridad social), París;

en **Irlanda**, al «Department of Social and Family Affairs» (Ministerio de Asuntos Sociales y de la Familia), PRSI Special Collections Section, Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford;

en **Italia**, al «Ministerio del Lavoro e delle Politiche Sociali» (Ministerio de Trabajo y Política Social), Roma;

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

en **Lituania**, al «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba» (Caja nacional de la seguridad social);

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

en **Hungría**, al «Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja nacional del seguro de enfermedad), Budapest;

en **Malta**, al «Dipartiment tas-Sigurtà Soċjali» (Departamento de seguridad social), 38, Triq I-Ordinanza, La Valeta, CMR 01;

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

en **Austria**, al «Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz» (Ministerio Federal de Seguridad Social, para las Generaciones y Protección de los Consumidores), Viena;

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

en **Portugal**, para el continente, al «Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social» (Departamento de relaciones internacionales de la seguridad social), Lisboa; para Madeira, al «Secretario Regional dos Assuntos Sociais» (Secretaría regional de asuntos sociales), Funchal; y para las Azores, a la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de la seguridad social), Angra do Heroísmo;

en **Eslovenia**, al «Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve» (Ministerio de Trabajo, Familia y Asuntos Sociales), Liubliana;

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

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

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

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

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

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

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

en **Suiza**, a la «Caisse de Compensation AVS» (Caja de compensación del Seguro de vejez y supervivencia) competente para el trabajador por cuenta propia o ajena a en caso de que se aplique la legislación suiza.

- b) Se enviarán al empleador o al trabajador por cuenta propia dos ejemplares del formulario con la parte B debidamente cumplimentada. El empleador entregará un ejemplar al trabajador por cuenta ajena.

- c) El Estado miembro que reciba una solicitud de aplicación de los artículos antes mencionados (14.1 o 14 ter.1) del Reglamento (CEE) n° 1408/71 informará debidamente al empleador y al trabajador afectados sobre las condiciones bajo las cuales el trabajador puede continuar al amparo de su legislación.

Se informará al empleador de que podrá ser objeto de controles durante el período de desplazamiento, a fin de determinar que este período no ha finalizado. Los controles se aplicarán, en especial, al pago de cotizaciones y al mantenimiento del vínculo orgánico.

Por otra parte, el empleador del trabajador desplazado informará a la institución competente del Estado de envío de los cambios que se hayan producido durante el período de desplazamiento, y en particular de lo siguiente:

- si el desplazamiento o la ampliación solicitados, en su caso, no han llegado a producirse;
- si el desplazamiento queda interrumpido, a menos que la interrupción de la actividad del trabajador para la empresa en el Estado de empleo sea de carácter puramente temporal;
- si el trabajador desplazado ha sido destinado por su empleador a otra empresa en el Estado de empleo.

En los primeros dos casos, el empleador devolverá este formulario a la institución competente del Estado de envío.

#### NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Ver las indicaciones ofrecidas en la letra a), en el epígrafe «**Información para el empleador o el trabajador por cuenta propia**».
- (3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (5) Para los trabajadores amparados por la legislación **belga**, indicar el número de la seguridad social nacional (NISS).  
Para los trabajadores amparados por la legislación **checa**, indicar el número de nacimiento checo.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **danesa**, indicar el número CPR.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **española**, indicar el número de afiliación a la seguridad social.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **italiana**, indicar el número del código fiscal italiano.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **lituana**, indicar el número de registro nacional y el número del certificado de la seguridad social nacional.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **luxemburguesa**, indicar el número de la seguridad social del trabajador (CCSS).  
Para los trabajadores amparados por la legislación **maltesa**, indicar el número de la seguridad social maltesa.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **neerlandesa**, indicar el número SOFI.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **polaca**, indicar los números PESEL y NIP o, en su defecto, la serie y el número de la tarjeta de identidad o el pasaporte.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **eslovena**, indicar el número ZZSZ.  
Para los trabajadores amparados por la legislación **eslovaca**, indicar el número de nacimiento eslovaco.
- (6) Se ruega indicar el mayor número de datos posible que puedan servir para identificar al empleador o a la empresa del trabajador por cuenta propia.  
En el caso de los buques, indicar el nombre y el número de registro.  
Para **Bélgica**, si se trata de un trabajador por cuenta ajena, indicar el número de la empresa (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/ Unternehmensnummer) y, si se trata de un trabajador por cuenta propia, el número TVA (número de IVA).  
Para la **República Checa**, indicar el número de identificación (IČ).  
Para **Dinamarca**, indicar el número CVR.  
Para **Alemania**, indicar el «Betriebsnummer des Arbeitgebers» (número de empresa del empleador).  
Para **España**, indicar el código de cuenta de cotización del empresario (CCC).  
Para **Francia**, indicar el número SIRET.  
Para **Luxemburgo**, indicar el número de registro en la seguridad social del empleador y, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, el número de la seguridad social (CCSS).  
Para **Hungría**, indicar el número de registro en la seguridad social del empleador y, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, el número de identificación de la empresa privada.  
Para **Malta**, indicar en el caso de los nacionales malteses, el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.  
Para **Polonia**, indicar en el punto 3.6 el número NUSP si existe, o bien los números NIP y REGON; y en el punto 6.2, los números PESEL y NIP o, en su defecto, la serie y el número de la tarjeta de identidad o el pasaporte.  
Para **Eslovenia**, indicar el número de registro del empleador o del trabajador por cuenta propia.  
Para **Eslovaquia**, indicar el número de identificación de la empresa (IČO).  
Para los trabajadores amparados por la legislación **finlandesa** en materia de accidentes de trabajo, indicar el nombre de la institución competente del seguro de accidentes.  
Para **Noruega**, indicar el número de organización.
- (7) Este período no deberá sobrepasar los veinticuatro meses a partir de la fecha de inicio del desplazamiento o de la actividad por cuenta propia.
- (8) Deberán devolverse dos ejemplares al solicitante y el ejemplar restante deberá enviarse a la institución designada del país en que la empresa tiene su razón social.

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículos 16.2 y 3  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículos 13.2 y 3; artículos 14.1 y 2

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

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

A. Opción

1.	El abajo firmante
1.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....
1.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....
1.3	Apellidos de nacimiento: .....
1.4	Fecha de nacimiento: .....
1.5	Nacionalidad: .....
1.6	Nº de identificación personal <sup>(4)</sup> : .....

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

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

2.2  <sup>(4)</sup> en calidad de ..... al servicio personal del empleador siguiente<sup>(5)</sup>: ..... agente de la misión diplomática o la oficina consular siguiente: .....

2.3  como agente auxiliar de las Comunidades Europeas

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

3.1  <sup>(6)</sup> del Estado del que es nacional

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

- |                                   |  |                                    |                                     |                                      |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bélgica  | <input type="checkbox"/> República Checa | <input type="checkbox"/> Dinamarca | <input type="checkbox"/> Alemania   | <input type="checkbox"/> Estonia     |
| <input type="checkbox"/> Grecia   | <input type="checkbox"/> España          | <input type="checkbox"/> Francia   | <input type="checkbox"/> Irlanda    | <input type="checkbox"/> Italia      |
| <input type="checkbox"/> Chipre   | <input type="checkbox"/> Letonia         | <input type="checkbox"/> Lituania  | <input type="checkbox"/> Luxemburgo | <input type="checkbox"/> Hungría     |
| <input type="checkbox"/> Malta    | <input type="checkbox"/> Países Bajos    | <input type="checkbox"/> Austria   | <input type="checkbox"/> Polonia    | <input type="checkbox"/> Eslovenia   |
| <input type="checkbox"/> Portugal | <input type="checkbox"/> Eslovaquia      | <input type="checkbox"/> Finlandia | <input type="checkbox"/> Suecia     | <input type="checkbox"/> Reino Unido |
| <input type="checkbox"/> Islandia | <input type="checkbox"/> Liechtenstein   | <input type="checkbox"/> Noruega   | <input type="checkbox"/> Suiza      |                                      |

4. Lugar y fecha: .....

5. Firma: .....

6.	Autoridad de las Comunidades Europeas que ha formalizado el contrato con el agente auxiliar
6.1	Denominación: .....
6.2	Dirección: .....
6.3	Sello
6.4	Fecha: .....
6.5	Firma: .....

**B. Declaración**

7. Tomamos nota de que el trabajador mencionado en el recuadro 1 está amparado por la legislación de <sup>(6)</sup>

- |                                    |  |                                    |                                     |                                      |
|------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bélgica   | <input type="checkbox"/> República Checa | <input type="checkbox"/> Dinamarca | <input type="checkbox"/> Alemania   | <input type="checkbox"/> Estonia     |
| <input type="checkbox"/> Grecia    | <input type="checkbox"/> España          | <input type="checkbox"/> Francia   | <input type="checkbox"/> Irlanda    | <input type="checkbox"/> Italia      |
| <input type="checkbox"/> Chipre    | <input type="checkbox"/> Letonia         | <input type="checkbox"/> Lituania  | <input type="checkbox"/> Luxemburgo | <input type="checkbox"/> Hungría     |
| <input type="checkbox"/> Malta     | <input type="checkbox"/> Países Bajos    | <input type="checkbox"/> Austria   | <input type="checkbox"/> Polonia    | <input type="checkbox"/> Portugal    |
| <input type="checkbox"/> Eslovenia | <input type="checkbox"/> Eslovaquia      | <input type="checkbox"/> Finlandia | <input type="checkbox"/> Suecia     | <input type="checkbox"/> Reino Unido |
| <input type="checkbox"/> Islandia  | <input type="checkbox"/> Liechtenstein   | <input type="checkbox"/> Noruega   | <input type="checkbox"/> Suiza      |                                      |

7.1 a partir del .....

7.2 durante el período en que ejerza la actividad laboral indicada en la parte A del presente formulario <sup>(7)</sup>

8.	Institución designada por la autoridad competente	
8.1	Denominación: .....	
8.2	Número de identificación de la institución: .....	
8.3	Dirección: .....	
8.4	Sello	8.5 Fecha: .....
		8.6 Firma: .....

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

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

- en **Bélgica**, a la «Office national de sécurité sociale» (Oficina nacional de la seguridad social), Bruselas;
- en la **República Checa**, a la «Česká správa sociálního zabezpečení» (Administración de la seguridad social checa), Praga;
- en **Dinamarca**, a la «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Instituto nacional de la seguridad social), Copenhague;
- en **Alemania**, a la delegación de la «Krankenkasse» de Bonn (Caja del seguro de enfermedad) que elija el trabajador;
- en **Estonia**, al «Sotsiaalkindlustusamet» (Instituto de la seguridad social), Tallin;
- en **Grecia**, a la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA);
- en **España**, a la Tesorería General de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid;
- en **Francia**, a la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad), París;
- en **Irlanda**, al «Department of Social and Family Affairs» (Ministerio de Asuntos Sociales y de la Familia), Dublín;
- en **Italia**, a la oficina local competente del «Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)» (Instituto nacional de previsión social);
- en **Chipre**, al «Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Departamento de seguridad social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), 1465 Nicosia;
- en **Letonia**, al «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Instituto nacional de la seguridad social);
- en **Lituania**, al «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba» (Caja nacional de la seguridad social), Vilnius;
- en **Luxemburgo**, al «Centre commun de la sécurité sociale» (Centro común de la seguridad social), Luxemburgo;
- en **Hungría**, al «Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja regional del seguro de enfermedad para Pest y la capital), Budapest;
- en **Malta**, al «Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali» (Departamento de seguridad social), La Valeta;
- en los **Países Bajos**, al «Sociale Verzekeringsbank» (Banco de la seguridad social), Amstelveen;
- en **Austria**, a la institución competente del seguro de enfermedad;
- en **Polonia**, al «Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)» (Instituto de la seguridad social), Varsovia;
- en **Portugal**, al «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Departamento de relaciones internacionales y convenios de la seguridad social), Lisboa;
- en **Eslovenia**, a la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);
- en **Eslovaquia**, al «Sociálna poisťovňa» (Instituto de la seguridad social), Bratislava;
- en **Finlandia**, al «Eläketurvakeskus» (Centro nacional de pensiones), Helsinki;
- en **Suecia**, al «Försäkringskassan, Huvudkontoret» (Instituto nacional de la seguridad social, oficina central), Estocolmo;
- en el **Reino Unido**, al «Inland Revenue, Centre for Non-Residents» (Agencia tributaria nacional, Centro para no residentes), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;
- en **Islandia**, al «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;

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

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

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

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

- b) Cuando se contrate a un agente auxiliar, si éste desea hacer uso de su derecho de opción, la autoridad facultada de las Comunidades Europeas deberá hacer que cumplimente la parte A, a excepción del recuadro 6, que deberá cumplimentar esa misma autoridad.
- c) Deberán enviarse dos ejemplares del formulario a la institución designada por la autoridad competente del Estado miembro por cuya legislación haya optado el interesado [véase el punto a) anterior].

**NOTAS**

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Para los trabajadores amparados por la legislación belga, indicar el número de identificación en el Registro nacional.  
Para los trabajadores amparados por la legislación española, indicar el número de afiliación a la seguridad social.  
Para los trabajadores amparados por la legislación maltesa, indicar en el caso de los nacionales malteses, el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.  
Para los trabajadores amparados por la legislación eslovaca, indicar el número de nacimiento eslovaco.  
Para los trabajadores amparados por la legislación polaca, indicar los números PESEL y NIP o, en su defecto, la serie y el número de la tarjeta de identidad o el pasaporte.
- (<sup>5</sup>) Indicar los apellidos y el nombre del empleador.
- (<sup>6</sup>) Marcar con una cruz la casilla que precede al país correspondiente. Se observará que los trabajadores al servicio de las misiones diplomáticas o de las oficinas consulares, así como los que están al servicio personal de un agente de estas misiones u oficinas, únicamente pueden optar por la legislación en materia de seguridad social del Estado del que son nacionales.
- (<sup>7</sup>) Los trabajadores al servicio de las misiones diplomáticas o puestos consulares, así como los que están al servicio personal de un agente de estas misiones u oficinas, pueden ejercer una nueva opción al final de cada año.



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

Enfermedad – maternidad – defunción (subsidio) – invalidez

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

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

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

Parte A

1. Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

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

1.3 Dirección: .....

2. Persona asegurada

2.1 Apellido(s)<sup>(2)</sup>: .....

2.2 Nombre<sup>(3)</sup>: ..... Fecha de nacimiento: .....

2.3 Apellidos de nacimiento: .....

2.4 Número de identificación personal: .....

2.5 A partir de la fecha indicada en el punto de 3.1, el trabajador ha ejercido una actividad laboral:  
 por cuenta ajena  por cuenta propia en<sup>(4)</sup> .....

2.6  Nombre o razón social del último empleador  
 Última actividad por cuenta propia  
Dirección: .....

2.7  Empleadores anteriores: .....  Actividades por cuenta propia anteriores:  
[nombre o razón social y dirección] .....

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

3.1 a partir del .....

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

enfermedad y maternidad<sup>(5)</sup>  defunción (subsidio)  invalidez<sup>(6)</sup>

4. Institución competente

4.1 Denominación: .....

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

4.3 Dirección: .....

4.4 Sello

4.5 Fecha: .....

4.6 Firma: .....

Parte B

5. La persona citada en el recuadro 2

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

5.2  ha cumplido desde el .....

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

6.1 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.2 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.3 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.4 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.5 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.6 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.7 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.8 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.9 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

6.10 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7. los siguientes períodos de residencia:

7.1 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.2 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.3 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.4 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.5 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.6 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.7 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.8 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.9 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

7.10 del ..... al ..... (8) para (9) la contingencia de .....  (10)

8. Institución que cumplimenta la parte B

8.1 Denominación: .....

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

8.3 Dirección: .....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta en primer lugar el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar el Estado (código ISO).
- (<sup>5</sup>) Únicamente en el caso de que la institución destinataria sea belga, francesa, liechtensteiniana o suiza, indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes: N = prestaciones de especie, E = prestaciones en metálico.
- (<sup>6</sup>) Para las instituciones francesas y letonas.
- (<sup>7</sup>) Cumplimentar únicamente si se trata de una institución competente belga.
- (<sup>8</sup>) Si la certificación va destinada a una institución belga, checa, griega, letona, lituana, polaca o liechtensteiniana, indicar si se trata de períodos de actividad por cuenta propia o por cuenta ajena mediante los códigos siguientes: D = trabajador por cuenta ajena; I = trabajador por cuenta propia.  
Si la certificación va destinada a una institución alemana, lituana, luxemburguesa o polaca, indicar los períodos de seguro en el recuadro 7 mediante los códigos siguientes: P = seguro obligatorio; F = seguro voluntario.
- (<sup>9</sup>) Indicar la contingencia protegida mediante los códigos siguientes:  
A = enfermedad y maternidad; B = defunción (subsidio); O = invalidez.
- (<sup>10</sup>) Si la institución competente es chipriota, alemana, irlandesa, húngara, austriaca o británica, marcar con una cruz esta casilla en caso de que el período de seguro o de residencia corresponda a un período de actividad laboral y precisar si se trata de una actividad por cuenta propia o ajena.





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

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

*Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 25.3.i  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 17.1 y 4; artículo 27 (primera frase)*

*La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al trabajador, o los hará llegar (en su caso, a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se tramita a petición de ésta. Esta última institución, una vez que haya recibido ambos ejemplares, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos a la institución competente.*

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

**A. Certificación del derecho**

1.	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: .....
1.4	Referencia: su formulario E 107 del .....

2.	Persona asegurada
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....
2.4	Dirección en el país de residencia: .....
2.5	Número de identificación personal: .....
2.6	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad por cuenta ajena
2.7	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad por cuenta propia
2.8	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad fronteriza por cuenta ajena
2.9	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad fronteriza por cuenta propia
2.10	La persona asegurada <input type="checkbox"/> está desempleada

3.	Miembro de la familia <sup>(5)</sup>
3.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
3.3	Apellidos de nacimiento: .....
3.4	Dirección en el país de residencia: .....
3.5	Nº de identificación personal: .....

- 4.1  El trabajador mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia convivientes<sup>(6)</sup>
- 4.2  Los miembros de la familia del trabajador desempleado que se menciona en el recuadro 2<sup>(6)</sup>
5. tendrán derecho a percibir prestaciones en especie por enfermedad y maternidad a partir del .....

6. Los interesados conservarán este derecho

6.1  hasta la anulación de la presente certificación

6.2  durante un año desde la fecha señalada en el apartado 5<sup>(7)</sup>

6.3  hasta el ..... inclusive<sup>(8)</sup>

7. Institución competente para el seguro de enfermedad-maternidad

7.1 Denominación: .....

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

7.3 Dirección: .....  
 .....  
 .....

7.4 Sello 7.5 Fecha: .....  
7.6 Firma: .....

**B. Notificación de la inscripción<sup>(9)</sup>**

8.

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

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

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

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

9.

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

10. Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....

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

10.3 Dirección: .....  
 .....  
 .....

10.4 Sello 10.5 Fecha: .....  
10.6 Firma: .....

## Indicaciones para el trabajador

- a) *El presente formulario da derecho al trabajador y a los miembros de su familia a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si el trabajador se encuentra en situación de desempleo, el presente formulario no le es de aplicación, sino que se destina exclusivamente a los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto de aquél en el que está asegurado.*
- b) *Los dos ejemplares del formulario que obran en poder del asegurado deberán remitirse a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia. En caso de desempleo del trabajador, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia de éstos.*
- c) *Las instituciones del seguro de enfermedad-maternidad son las siguientes:*
- en Bélgica, la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*
  - en la República Checa, la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*
  - en Dinamarca, la autoridad municipal del lugar de residencia;*
  - en Alemania, la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) elegida por el interesado;*
  - en Estonia, la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*
  - en Grecia, por regla general, la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie;*
  - en España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social del lugar de residencia; si se requieren prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios del sistema sanitario de la seguridad social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*
  - en Francia, la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad);*
  - en Irlanda, la delegación local del «Health Service Executive» (Servicio nacional de salud);*
  - en Italia, por regla general la «Unità sanitaria locale (ASL)» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil, el «Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad, Oficina de la marina mercante y la aviación civil);*
  - en Chipre, el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*
  - en Letonia, el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*
  - en Lituania, el Instituto territorial del paciente, instituciones de enfermedad y maternidad;*
  - en Luxemburgo, la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*
  - en Hungría, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» competente (Caja local del seguro enfermedad);*
  - en Malta, la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23 St. John Street, La Valeta;*
  - en los Países Bajos, el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*
  - en Austria, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia;*
  - en Polonia, la delegación regional del «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*
  - en Portugal, para el continente: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para Madeira, el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las Azores: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*
  - en Eslovenia, el «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);*
  - en Eslovaquia, el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*
  - en Finlandia, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*
  - en Suecia, la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia;*
  - en el Reino Unido, el «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre» (Ministerio de Trabajo y Pensiones, Servicio de pensiones, Centro de pensiones internacionales), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; o para Irlanda del Norte, el «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (Departamento de desarrollo social, Prestaciones de ultramar), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
  - en Islandia, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*
  - en Liechtenstein, el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*
  - en Noruega, el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*
  - en Suiza, la «Institution commune LAMal — Institutione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*
- d) *Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el apartado 5 y durante el período señalado en el recuadro 6, correspondiente a la casilla marcada con una cruz.*
- e) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya remitido el formulario.*

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia.
- (3) Indicar los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Indicar los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (5) Cumplimentar únicamente si el formulario está destinado a miembros de la familia de un trabajador desempleado. A efectos del alta, facilitar los datos de un solo miembro de la familia, ya que la legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.
- (6) La legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.
- (7) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (8) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución griega, húngara o británica para trabajadores por cuenta propia o ajena.
- (9) Si se extiende el presente formulario para renovar una certificación expedida anteriormente, no es necesario cumplimentar la parte B.
-

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 22.1.a.i, b.i y c.i; artículo 22.3; artículo 25.1.a y 3.i; artículo 26.1; artículo 28.1.a; artículo 29.1.a; artículo 31.a; artículo 52.a; artículo 55.1.a.i, b.i y c.i  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 17.1; artículo 21.1; artículo 22.1 y 3; artículo 23; artículo 27 (primera frase); artículo 28; artículo 29.1 y 2; artículo 30.1;  
artículo 31.1 y 3; artículo 60.1; artículo 62.3, 4 y 7; artículo 63.1 y 3

La institución del lugar de residencia o de estancia cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución competente, con arreglo a lo dispuesto en los artículos del Reglamento (CEE) nº 574/72 citados en la referencia. Si esta última institución estima no poder enviar el formulario solicitado, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos ejemplares a la institución que se los ha remitido. Cuando el país competente sea Bélgica, el formulario deberá remitirse a la institución del seguro de enfermedad, salvo en el caso de que se trate de un accidente de trabajo comprobado o de una enfermedad profesional reconocida.

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

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

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

2.	<input type="checkbox"/> Persona asegurada
2.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....
	Fecha de nacimiento: .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....
2.4	Dirección: .....
	.....
2.5	Nº de identificación personal <sup>(4)</sup> : .....
	.....
2.6	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Solicitante
	de una pensión o renta por la contingencia de
	<input type="checkbox"/> vejez <input type="checkbox"/> invalidez <input type="checkbox"/> supervivencia
	<input type="checkbox"/> accidente de trabajo <input type="checkbox"/> enfermedad profesional
2.7	Institución deudora de la pensión o renta: .....
	.....

3.	<input type="checkbox"/> Último empleador <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> Última actividad por cuenta propia <sup>(5)</sup>
3.1	Nombre o razón social: .....
3.2	Dirección: .....
	.....
3.3	Rama de actividad <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Institución del seguro de accidentes de trabajo a la que esté afiliado el empleador <sup>(7)</sup> : .....
	.....
	.....
	.....



**B. La institución competente deberá cumplimentar esta parte**

10.

- 10.1  Adjunto remitimos el formulario citado anteriormente con el ruego de que nos devuelva un ejemplar debidamente cumplimentado y firmado<sup>(11)</sup>.
- 10.2  No nos es posible expedir la certificación solicitada en la parte A por el motivo siguiente:  
.....  
.....

11. Institución competente

- 11.1 Denominación: .....
- 11.2 Número de identificación de la institución: .....
- 11.3 Dirección: .....  
.....  
.....
- 11.4 Sello
- 11.5 Fecha: .....  
.....
- 11.6 Firma: .....  
.....

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Para las instituciones italianas, indicar el «codice fiscale» (número de identificación fiscal).  
Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.  
Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.  
Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee, o el NIE en el caso de los extranjeros aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».
- (5) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador que ejerce una actividad por cuenta propia o ajena o bien que está desempleado.
- (6) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador por cuenta ajena que presumiblemente haya sufrido un accidente de trabajo.
- (7) Para España: la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social o bien la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina en relación con el régimen especial de los trabajadores del mar.
- (8) Cumplimentar únicamente en el caso de miembros de la familia para los que se haya presentado una solicitud de prestaciones o de alta en la institución. Para darse de alta, indicar los datos de un solo miembro de la familia.
- (9) Cumplimentar únicamente si la dirección de los miembros de la familia difiere de la del trabajador.
- (10) Solamente se adjuntará si procede. En tal caso, marcar la casilla con una cruz.
- (11) Para las instituciones neerlandesas y suizas, y siempre que lo admita el tipo de formulario que debe remitirse.



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

**Residentes en un país distinto del competente**

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

La institución competente o la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte A del formulario y enviará dos ejemplares del mismo a la institución del lugar de residencia o a la institución competente, según proceda (en su caso, a través del organismo de enlace). La institución destinataria del formulario cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución que lo ha expedido.

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

**A. Notificación**

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

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona desempleada	
	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)	
	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)	
	<input type="checkbox"/> Solicitante de una pensión o renta	
2.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	
2.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....	Fecha de nacimiento: .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....	
2.4	Dirección en el país de residencia: .....	
	.....	
2.5	Número de identificación personal <sup>(4)</sup> : .....	

3.	Miembro de la familia <sup>(5)</sup>	
3.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	
3.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....	Fecha de nacimiento: .....
3.3	Apellidos de nacimiento: .....	
3.4	Dirección en el país de residencia: .....	
	.....	
3.5	Número de identificación personal: .....	

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

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

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

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

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

el miembro de la familia contemplado en el recuadro 3

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

falleció el ..... (fecha)

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

4.6  (6) .....

5.  Institución competente  Institución del lugar de residencia

5.1 Denominación: .....

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

5.3 Dirección: .....  
.....

5.4 Sello 5.5 Fecha: .....

5.6 Firma: .....

**B. Acuse de recibo**

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

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

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

8.  Institución competente  Institución del lugar de residencia

8.1 Denominación: .....

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

8.3 Dirección: .....  
.....

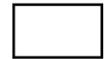
8.4 Sello 8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (3) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Para las instituciones italianas, indicar el «codice fiscale» (número de identificación fiscal).  
Para las instituciones maltesas, indicar en el caso de los nacionales malteses el número de la tarjeta de identidad o, en el caso de los extranjeros, el número de seguridad social maltesa.  
Para las instituciones eslovacas, indicar en su caso el número de nacimiento eslovaco.  
Para las instituciones españolas, en el caso de los nacionales españoles indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), si se posee o el NIE en el caso de los extranjeros aunque estén caducados. En caso de no poseer ninguno de los dos, indicar expresamente «ninguno».
- (5) Complimentar si la expiración del derecho a prestaciones afecta a miembros de la familia.
- (6) Debe precisarse el motivo de la suspensión/supresión mediante una de las letras que figuran a continuación:
- a) el titular de la pensión o renta ha iniciado una actividad laboral en el país de residencia;
  - b) un miembro de la familia ha iniciado una actividad laboral en el país de residencia;
  - c) impago de las cotizaciones;
  - d) otros.
-





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

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.2

Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 17.1, 2, 3 y 4; artículo 94.4

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al trabajador o los hará llegar (en su caso, a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se ha expedido a petición de ésta. Si los miembros de la familia del trabajador residen en el Reino Unido, la institución competente remitirá ambos ejemplares a la dirección siguiente: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Una vez recibidos estos documentos, la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución competente. Si los miembros de la familia residen en países distintos, deberá expedirse una certificación distinta para cada uno de dichos países.

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

**A. Certificación del derecho**

1.	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: .....
1.4	Referencia: su formulario E 107 del .....

2.	Trabajador
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....
2.4	Dirección: .....
2.5	Número de identificación personal: .....
2.6	El trabajador <input type="checkbox"/> ejerce una actividad por cuenta propia

3.	Miembro de la familia
3.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
3.3	Apellidos de nacimiento: .....
3.4	Dirección: .....
3.5	Número de identificación personal: .....

4. Los miembros de la familia del trabajador mencionado en el recuadro 2 tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad salvo que
- tengan ya derecho en virtud de la legislación del país donde residen<sup>(5)</sup>
  - ejerzan una actividad profesional<sup>(5)</sup>
5. Este derecho comienza el .....

6. Y se mantiene

6.1  hasta la anulación de la presente certificación

6.2  durante un año desde la fecha señalada en el apartado 5<sup>(6)</sup>

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

6.4  hasta el<sup>(7)</sup> ..... inclusive.

7.  Tarjeta Sanitaria Europea

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

8. Institución competente

8.1 Denominación: .....

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

8.3 Dirección: .....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

**B. Notificación de la inscripción<sup>(8)</sup>**

9.  <sup>(8)</sup>

Los siguientes miembros de la familia no han sido inscritos:

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

por el motivo siguiente:

No tienen derecho a prestaciones.

Ya tienen derecho a percibir prestaciones en especie.

Otros.

10.  <sup>(8)</sup>

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

	Apellido(s) <sup>(3)</sup>	Nombres <sup>(4)</sup>	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
10.10	El coste de estas prestaciones corre a su cargo. La fecha que se toma como punto de partida para el cálculo del importe a tanto alzado que contempla el artículo 94 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es la siguiente: el .....			

11.	Tarjeta Sanitaria Europea	
11.1	<input type="checkbox"/>	Se adjunta la Tarjeta Sanitaria Europea con número ..... solicitada en el apartado 7
11.2	<input type="checkbox"/>	Indiquen las medidas a aplicar en relación con la Tarjeta Sanitaria Europea emitida al miembro de la familia mencionado en el apartado 3 con número ..... y válida hasta .....

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

### Indicaciones para el trabajador

- a) El presente formulario permite a los miembros de la familia del trabajador beneficiarse de prestaciones en especie en caso de enfermedad o maternidad en el país en que residen y conforme a la legislación de dicho país, a menos que tengan ya derecho en virtud de dicha legislación.
- b) Una vez que el trabajador reciba los dos ejemplares del presente formulario, debe enviarlos a los miembros de su familia, que los presentarán **inmediatamente** ante la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia, es decir:

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

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

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

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

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

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

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

en **Francia**, la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es afirmativa, el formulario puede enviarse a la «Société de secours minière» (Sociedad de asistencia minera);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el apartado 5 y durante el período señalado en el recuadro 6, correspondiente a la casilla marcada con una cruz.
- d) En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya remitido el formulario.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>5</sup>) Marcar la casilla con una cruz si el formulario está destinado a una institución irlandesa o británica.
- (<sup>6</sup>) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (<sup>7</sup>) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución griega, húngara o británica para trabajadores por cuenta propia o ajena.
- (<sup>8</sup>) Si se extiende el presente formulario para renovar una certificación expedida anteriormente, la institución del lugar de residencia no necesita cumplimentar la parte B.
- (<sup>9</sup>) Cumplimentar el apartado 9 ó 10, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente
-

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

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

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

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

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del trabajador por cuenta ajena
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del trabajador por cuenta propia
	<input type="checkbox"/> Pensionista (trabajador por cuenta ajena)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Pensionista (trabajador por cuenta propia)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona asegurada	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia de la persona asegurada

1.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....	Fecha de nacimiento: .....
1.3	Apellidos de nacimiento: .....	
1.4	Dirección en el país competente: .....	
1.5	Dirección en el país al que se dirige el interesado: ..... .....	
1.6	Número de identificación personal <sup>(4)</sup> : .....	

2. La persona contemplada en el recuadro anterior conserva el derecho a percibir prestaciones en especie

del seguro de enfermedad-maternidad                       de un seguro de accidentes no laborales<sup>(5)</sup>

en ..... (país), adonde se dirige

2.1  para establecer allí su residencia

2.2  para recibir tratamiento en<sup>(6)</sup>  
.....  
.....

o en cualquier otro centro de naturaleza similar, si el tratamiento requiere un traslado desde el punto de vista médico.

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

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

4.	El informe de nuestro inspector médico	
4.1	<input type="checkbox"/> se adjunta al presente certificado en un sobre cerrado	
4.2	<input type="checkbox"/> se envió el ..... a <sup>(7)</sup> .....	
4.3	<input type="checkbox"/> se enviará en caso de solicitarse	
4.4	<input type="checkbox"/> no ha sido elaborado	

5.	Institución competente	
5.1	Denominación: .....	
5.2	Número de identificación de la institución: .....	
5.3	Dirección: .....	
5.4	Sello	5.5 Fecha: .....
		5.6 Firma: .....

## Indicaciones para el interesado

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

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

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

en **Dinamarca**, la persona/el centro que atienda al paciente, por regla general el médico de familia, que lo remitirá, en su caso, a un especialista;

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

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

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

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

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

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

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

en **Chipre**, el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia;

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

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

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

en **Hungría**, la persona/el centro que atienda al paciente;

en **Malta**, la persona/el centro del Servicio nacional de salud (médico, odontólogo, centro hospitalario o de salud) que atienda al paciente;

en los **Países Bajos**, el Instituto de salud competente del lugar de residencia o bien, en caso de estancia temporal, el «Agis zorgverzekeringen», Utrecht;

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

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

en **Portugal**, para el continente: la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de residencia o estancia; para **Madeira**: el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia; para las **Azores**: el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia;

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

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

en **Finlandia**, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse al Centro de salud municipal o al hospital público que atienda al paciente;

en **Suecia**, al «Försäkringskassan» (Oficina local de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse a la institución que atienda al paciente;

en el **Reino Unido**, los servicios sanitarios (médico, odontólogo, hospital, etc.) que atiendan al paciente;

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

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

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

en **Suiza**, la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn; el presente formulario debe presentarse al médico o al centro hospitalario que atienda al paciente.

## NOTAS

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

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Si el formulario se refiere a un trabajador en activo, deberá extenderse un solo ejemplar, que se enviará a la institución competente del seguro de enfermedad-maternidad o del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por el contrario, si se refiere a un trabajador desempleado, deberán expedirse dos ejemplares suplementarios, de los cuales uno se remitirá a la institución competente en materia de seguro de desempleo, y otro a la institución correspondiente del país adonde se haya desplazado dicho trabajador para buscar empleo.

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

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

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Persona en desempleo
2.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....	
2.2	Nombre: .....	Fecha de nacimiento: .....	
2.3	Número de identificación personal: .....		
2.4	a quien se ha expedido un formulario E 119 el .....	<sup>(3)</sup>	
	a quien se ha expedido un formulario E 303 el .....	<sup>(3)</sup>	

3.	Empleador <sup>(4)</sup>
3.1	Nombre o razón social del empleador o de la empresa: .....
3.2	Dirección: .....

A.  <sup>(5)</sup> Solicitud de prestaciones

4.	El trabajador mencionado en el recuadro 2 solicitó el ..... (fecha) prestaciones económicas por		
	<input type="checkbox"/> hospitalización del ..... al ..... (fechas) en un centro hospitalario, de prevención o de rehabilitación <sup>(6)</sup>		
	<input type="checkbox"/> incapacidad temporal debido a		
4.1	<input type="checkbox"/> enfermedad	<input type="checkbox"/> maternidad (fecha prevista del nacimiento: ..... )	
	<input type="checkbox"/> accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> accidente ocurrido el ..... (fecha)	
	<input type="checkbox"/> enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> adopción	<input type="checkbox"/> remuneración reducida por maternidad o adopción

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

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

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

6.2  no existe incapacidad temporal (7)

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

- 8.  La incapacidad temporal se originó presumiblemente en un accidente con responsabilidad de terceros.
- 8.1  La incapacidad temporal se debió a otras circunstancias específicas que se detallan en la documentación adjunta.
- 8.2  Se adjunta un informe del accidente con la dirección de la tercera parte involucrada.
- 8.3  Se adjunta otra documentación relativa a la causa de la incapacidad temporal.
- 9.  Estamos en disposición de facilitar las prestaciones económicas al interesado en su nombre. Rogamos nos hagan saber su conformidad con este procedimiento y, en caso afirmativo, nos remitan cualquier otra información que se requiera para el pago de las prestaciones (8).
- 10.  No estamos en disposición de facilitar las prestaciones económicas al interesado en su nombre.

**B.  (5) Prórroga de la incapacidad temporal**

11. En relación con

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

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

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

12. Institución del lugar de residencia o de estancia

12.1 Denominación: .....

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

12.3 Dirección: .....

12.4 Sello 12.5 Fecha: .....

12.6 Firma: .....

**Indicaciones para el interesado**

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

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

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

**NOTAS**

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>3</sup>) Cumplimentar únicamente si el formulario se refiere a un trabajador desempleado.
- (<sup>4</sup>) Para los trabajadores desempleados, indicar el último empleador.
- (<sup>5</sup>) Cumplimentar la parte A o B y marcar con una cruz la casilla correspondiente a la parte rellenada.
- (<sup>6</sup>) En relación con los afiliados a una Caja alemana del seguro de enfermedad o bien a una institución austriaca o belga, si la institución de seguridad social del lugar de residencia desconoce la fecha exacta del alta del trabajador en el momento de extenderse el presente formulario, debe facilitarse esta información más adelante, a la mayor brevedad.
- (<sup>7</sup>) Se ruega adjuntar una copia del formulario E 118 enviado al interesado.
- (<sup>8</sup>) Si el formulario se envía a una institución alemana, italiana, húngara o polaca, no es necesario marcar esta casilla.



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

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, 1.b.ii, y 1.c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii

Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64; artículo 65.2 y 4

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

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

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

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

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

4. El abajo firmante, ..... doctor de medicina, habiendo examinado a la persona que se cita en el recuadro 3 el día .....

4.1 considera que se trata de  
 un caso de enfermedad       un caso de maternidad (fecha prevista del nacimiento: .....)

4.2 debido probablemente a  
 un accidente de trabajo     una enfermedad profesional       un accidente

4.3  una recaída o agravamiento

**A. Informe general**

5. Se cumplimentará en todos los casos

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

5.2 Reconocimiento médico: .....

5.3 Otras observaciones:.....

5.4 Reconocimientos especiales (\*): .....

5.5 Diagnóstico: .....

5.6 Conclusiones: .....

5.7  No se considera al interesado en situación de incapacidad laboral

5.8  Se considera al interesado en situación de incapacidad laboral  
del ..... al .....

5.9  Se considera al interesado en situación de incapacidad laboral parcial en un  
(..... %) del ..... al ..... (5)

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

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

**B. Informes en caso de accidente de trabajo**

6. Primer informe médico

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

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

6.3 La incapacidad temporal comenzó el .....

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

Dirección (8): .....

7. Último informe médico

7.1 Tratamiento concluido el: .....

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

7.3  sin secuelas

7.4  con las probables secuelas que se citan a continuación:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8. Institución del lugar de residencia o de estancia:

8.1 Denominación: .....

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

8.3 Dirección: .....

.....

8.4 Sello

8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

.....

**NOTAS**

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) En caso de solicitarse prestaciones de maternidad que deba abonar Bélgica, no se requiere el formulario E 116. Para Bélgica, este formulario debe enviarse siempre en primer lugar a la institución competente del seguro de enfermedad. Para la República Checa, Liechtenstein, Finlandia, Noruega y Suecia, el informe debe cumplimentarlo el médico que trata al afectado. La institución del seguro verificará posteriormente dicho informe.
- (3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Indicar el tipo de reconocimiento y la fecha.
- (5) Para las instituciones noruegas.
- (6) Indicar el tipo y naturaleza de las lesiones o de la parte del cuerpo lesionada: fractura de brazo, contusión en la cabeza, en los dedos, lesiones internas, asfixia, etc.
- (7) Indicar las consecuencias seguras o probables de las lesiones constatadas: defunción, incapacidad permanente o temporal, total o parcial; en caso de incapacidad temporal, precisar la duración probable.
- (8) Si la víctima es atendida en un hospital, facilitar la denominación de éste.



CONCESIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 18.6 y 8; artículo 24; artículo 26.7; artículo 61.6 y 8; artículo 64

La institución competente cumplimentará el presente formulario y lo enviará a la institución del lugar de residencia o de estancia. Asimismo, eberá informar al trabajador en caso de que las prestaciones económicas sean abonadas por la institución del lugar de residencia.

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

1. Institución del lugar de residencia o de estancia

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

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

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

3.1 Apellido(s)<sup>(2)</sup>: ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....  
3.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....  
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia: .....  
.....  
3.4 Número de identificación personal: .....  
.....

4. La persona que se contempla en el recuadro 3

4.1  tiene derecho a percibir prestaciones económicas provisionalmente del ..... al ....., con posibilidad de prórroga.  
4.2  no tiene derecho a percibir prestaciones económicas.  
Motivo: véase el formulario E 118 adjunto.  
4.3  no tiene derecho a percibir prestaciones económicas a partir del ..... (fecha)  
Motivo: véase el formulario E 118 adjunto.

5. Estas prestaciones serán abonadas<sup>(3)</sup>

5.1  por nuestra institución  
5.2  por su institución a nuestro cargo<sup>(4)</sup>  
5.3  por el empleador<sup>(5)</sup>  
del ..... al ..... (6)

6. (7)<sup>(8)</sup>

6.1 Las prestaciones se concederán por todos los días de la semana, excepto  
 el lunes  el martes  el miércoles  
 el jueves  el viernes  el sábado  el domingo

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

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

- 7. Rogamos nos comuniquen a la mayor brevedad el resultado de:
  - 7.1  el reconocimiento médico<sup>(10)</sup>: .....
  - 7.2  los controles administrativos: .....
  - 7.3  un nuevo reconocimiento médico, que está previsto llevar a cabo el ..... (fecha)

<b>8.</b>	Institución competente		
8.1	Denominación: .....		
8.2	Número de identificación de la institución: .....		
8.3	Dirección: .....		
8.4	Sello	8.5	Fecha: .....
		8.6	Firma: .....

**NOTAS**

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (3) No debe ser cumplimentado en el caso de los trabajadores desempleados a los que se haya expedido un formulario E 119.
- (4) La institución competente podrá indicar en este punto el método de pago.
- (5) Si el formulario está destinado a una institución francesa, polaca, italiana o húngara, no es necesario marcar esta casilla.
- (6) Complimentar en el caso de las instituciones danesas, alemanas, luxemburguesas, polacas, húngaras o eslovacas.
- (7) Complimentar en el caso de las instituciones alemanas, luxemburguesas, polacas, eslovacas o españolas.
- (8) Complimentar únicamente en el caso indicado en el punto 5.2.
- (9) Indicar el importe en la divisa nacional.
- (10) Indicar el tipo de reconocimiento médico exigido (radiografías, análisis, etc.).

\_\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN DE ALTA MÉDICA O DE EXTINCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

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

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

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

1.	El interesado	
1.1	Apellido(s): .....	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
1.2	Nombre: .....	Fecha de nacimiento: .....
1.3	Dirección en el país de residencia o de estancia: .....	
1.4	Número de identificación personal: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Institución competente	<input type="checkbox"/> Institución del lugar de residencia o de estancia
2.1	Denominación: .....	
2.2	Número de identificación de la institución: .....	
2.3	Dirección: .....	

3.  De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento  
 Del reconocimiento médico llevado a cabo por nuestro facultativo el ..... (fecha)  
resulta que
- 3.1  su incapacidad temporal es únicamente parcial
- 3.2  tiene usted derecho a percibir prestaciones económicas parciales por un importe de ..... (2)  
a partir del ..... (fecha)
- 3.3  está usted capacitado para trabajar
- 3.4  la incapacidad temporal se extinguió el ..... (3)
- 3.5  El último día por el que usted recibirá prestaciones económicas es el .....
- 3.6  La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá usted prestaciones económicas
- 3.7  No tiene usted derecho a percibir prestaciones económicas por el motivo siguiente .....

4.	<input type="checkbox"/> Institución del lugar de residencia o de estancia	<input type="checkbox"/> Institución competente
4.1	Denominación: .....	
4.2	Número de identificación de la institución: .....	
4.3	Dirección: .....	
4.4	Sello	4.5 Fecha: .....
		4.6 Firma: .....

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

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

**NOTAS**

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Facilitar esta información únicamente si la institución competente cumplimenta el formulario. Indicar si las prestaciones se sirven con carácter diario, semanal o mensual.
- (3) Indicar el último día de la incapacidad temporal.
-

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

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

1. Bélgica

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

Por tribunal laboral competente se entiende:

- a) si está usted domiciliado en Bélgica, el tribunal laboral de la circunscripción donde se encuentre su domicilio;
b) si usted no tiene o ha dejado de tener domicilio en Bélgica, el tribunal laboral de la circunscripción donde se encontrara su último domicilio o su última residencia en Bélgica;
c) si usted no ha tenido domicilio o residencia en Bélgica, el tribunal laboral correspondiente a la circunscripción donde ejerció su última actividad laboral en Bélgica.

2. República Checa

Si desea recurrir la decisión adjunta, tiene derecho a presentar recurso a la institución checa competente que se indica en el recuadro 2 o 4 del formulario en el plazo de los tres días siguientes al recibo de la notificación. La vía y la fecha límite de recurso figuran en la decisión.

3. Dinamarca

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

4. Alemania

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

Form box for Germany with fields: Denominación: ..... Dirección: .....

5. Estonia

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

6. Grecia

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

Form box for Greece with fields: Denominación: ..... Dirección: .....

7. España

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

Form box for Spain with fields: Denominación: ..... Dirección: .....

8. Francia

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

Form box for France with fields: Denominación: ..... Dirección: .....

9. Irlanda

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

**10. Italia**

**Decisiones del INPS (enfermedad y maternidad)**

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

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

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

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

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

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

**11. Chipre**

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

**12. Letonia**

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

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

**13. Lituania**

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

**14. Luxemburgo**

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

**15. Hungría**

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

**16. Malta**

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

**17. Países Bajos**

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

**18. Austria**

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

**19. Polonia**

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

**20. Portugal**

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

- si no se le ha reconocido la incapacidad temporal, presente recurso ante la «Comissão Instaladora da Administração Regional de Saude» (Comisión de la administración regional de salud) en el plazo de ocho días a contar desde la fecha de recibo de la decisión, o bien
- si la solicitud de prestaciones económicas ha sido denegada por razones de índole administrativa, presente un recurso ante el «Tribunal Administrativo do Circulo» (Tribunal de lo contencioso-administrativo de la circunscripción competente) en el plazo de dos meses a contar desde el día de recibo de la decisión; de haber estado residiendo fuera de Portugal, dicho plazo será de cuatro meses, a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión.

**21. Eslovenia**

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

**22. Eslovaquia**

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

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

**23. Finlandia**

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

**24. Suecia**

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

**25. Reino Unido**

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

**26. Islandia**

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

**27. Liechtenstein**

a) En relación con el seguro de enfermedad, si no está de acuerdo con la decisión de una Caja del seguro de enfermedad, puede solicitar una resolución formal que incluya los motivos de la misma e información relativa a la vía de recurso.

En el plazo de sesenta días a contar desde la fecha de recibo de dicha resolución formal, el interesado tiene derecho a presentar recurso ante el tribunal correspondiente.

b) En relación con el seguro de accidentes, si no está de acuerdo con la resolución de una aseguradora, en el plazo de dos meses a contar desde su notificación puede pedir a dicha aseguradora que reconsidere su resolución.

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

**28. Noruega**

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

**29. Suiza**

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



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

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 26.1  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 28

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y remitirá dos ejemplares al interesado, que deberá presentarlos en la institución de su lugar de residencia. Una vez recibidos estos documentos, la institución del lugar de residencia cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución mencionada en el recuadro 6. En su caso, los dos ejemplares se remitirán primero a la institución que deba cumplimentar los recuadros 5 y 6.

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

**A. Certificación del derecho**

<b>1.</b>	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: ..... .....
1.4	Referencia: su formulario E 107 del .....

<b>2.</b>	Solicitante de pensión	
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.2	Nombre: .....	Fecha de nacimiento: .....
2.3	Dirección en el país de residencia: ..... .....	
2.4	Número de identificación personal: .....	

<b>3.</b>	La institución que haya recibido la solicitud de pensión deberá cumplimentar este recuadro	
3.1	El solicitante indicado en el recuadro 2 ha presentado con fecha de ..... una solicitud de pensión por	
	<input type="checkbox"/> vejez	<input type="checkbox"/> invalidez <input type="checkbox"/> supervivencia
	<input type="checkbox"/> accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> enfermedad profesional
3.2	<input type="checkbox"/> Del examen de esta solicitud resulta que el interesado tiene derecho a percibir una pensión a nuestro cargo.	

<b>4.</b>	Institución que ha cumplimentado el recuadro 3	
4.1	Denominación: .....	
4.2	Número de identificación de la institución: .....	
4.3	Dirección: ..... .....	
4.4	Sello	4.5 Fecha: .....
		4.6 Firma: .....
		.....

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

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

5.2 El solicitante indicado en el recuadro 2 y los miembros de su familia tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad

5.3  a partir del ..... y hasta la expiración del presente certificado

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

6. Institución que ha cumplimentado el recuadro 5

6.1 Denominación: .....

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

6.3 Dirección: .....

6.4 Sello

6.5 Fecha: .....

6.6 Firma: .....

**B. Notificación de la inscripción o de la no inscripción**

7.  (\*)

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

.....

.....

8.  (\*)

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

..... (fecha)

9. Miembros de la familia inscritos

9.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup>	Nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
			F	M		
9.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

10. Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....

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

10.3 Dirección: .....

10.4 Sello

10.5 Fecha: .....

10.6 Firma: .....

## Indicaciones para el trabajador

- a) *El presente certificado da al trabajador y a los miembros de su familia el derecho a beneficiarse de prestaciones en especie en caso de enfermedad o de maternidad en el país en que reside.*
- b) *Los dos ejemplares de este certificado deben presentarse, a la mayor brevedad, en la institución correspondiente de seguro:*
- en Bélgica, la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*
  - en la República Checa, la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*
  - en Chipre, el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*
  - en Dinamarca, la autoridad municipal del lugar de residencia;*
  - en Alemania, la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*
  - en Grecia, por regla general la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie;*
  - en España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social del lugar de residencia; si se requieren prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios del sistema sanitario de la seguridad social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*
  - en Estonia, la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad);*
  - en Francia, la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad);*
  - en Irlanda, el «Health Board» (Servicio sanitario) de la localidad en la que se solicita la prestación;*
  - en Italia, la «Unità sanitaria locale» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio;*
  - en Letonia, el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*
  - en Lituania, el «Teritorinė ligonių kasa» (Instituto territorial del paciente); se obtiene asistencia sanitaria sin contacto previo con la institución;*
  - en Luxemburgo, la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*
  - en Hungría, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caja local del seguro de enfermedad) competente;*
  - en Malta, el Ministerio de Sanidad, La Valeta;*
  - en los Países Bajos, el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*
  - en Austria, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia;*
  - en Polonia, la delegación regional del «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*
  - en Portugal, para el continente: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para Madeira: el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las Azores: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*
  - en Eslovenia, la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*
  - en Eslovaquia, el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*
  - en Finlandia, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*
  - en Suecia, la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia; se obtiene asistencia sanitaria (hospitales, médicos, odontólogos, etc.) sin contacto previo con la institución;*
  - en Islandia, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*
  - en Liechtenstein, el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*
  - en Noruega, el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*
  - en Suiza, la «Institution commune LAMal — Institutione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn;*
- c) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (concesión de la pensión solicitada, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya presentado el formulario.*

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia. Si el solicitante de pensión se desplaza al Reino Unido, deberán enviarse los dos ejemplares del formulario directamente a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (3) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Cumplimentar el recuadro 7 u 8, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente.





5. Miembro de la familia del pensionista

5.1 Apellido(s)<sup>(3)</sup>: ..... Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual)<sup>(3)</sup>:  
 .....

5.2 Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

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

5.4 Nº de identificación personal: .....

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

6. La institución deudora de la pensión o bien la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país a cargo del pago de la pensión deberá cumplimentar este recuadro<sup>(5)</sup>

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

6.2  La persona indicada en el apartado 2  
 La persona indicada en el apartado 5  
 tiene derecho a percibir prestaciones de enfermedad y maternidad a partir del .....

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

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

6.5  durante un año a partir de la fecha siguiente: .....<sup>(6)</sup>

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

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

8. Institución que ha cumplimentado el apartado 6<sup>(4)</sup>

8.1 Denominación: .....

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

8.3 Dirección: .....

8.4 Sello ..... 8.5 Fecha: .....

8.6 Firma: .....

**B. Notificación de la inscripción o de la no inscripción**

9.  <sup>(7)</sup>

9.1  La persona indicada en el apartado 2  
 La persona indicada en el apartado 5  
 no ha podido ser inscrita.

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

9.3  por otros motivos: .....

10.	<input type="checkbox"/> (7)
10.1	<input type="checkbox"/> La persona indicada en el apartado 2 <input type="checkbox"/> La persona indicada en el apartado 5 ha sido inscrita
10.2	<input type="checkbox"/> El coste de estas prestaciones corre a cargo de su institución. La fecha que se toma como punto de partida para el cálculo del importe a tanto alzado que contempla el artículo 95 del Reglamento (CEE) nº 574/72 es la siguiente: el .....

11.	Tarjeta Sanitaria Europea
11.1	<input type="checkbox"/> Se adjunta la Tarjeta Sanitaria Europea con número ..... solicitada en el apartado 7.
11.2	<input type="checkbox"/> Indiquen las medidas a aplicar en relación con la Tarjeta Sanitaria Europea emitida a la persona mencionada en los apartados 2 o 5 con número ..... y válida hasta .....

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

#### Indicaciones para el pensionista o el miembro de la familia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Lituania**, el «Teritorinė ligonių kasa» (Instituto territorial del paciente);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Islandia**, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;  
en **Liechtenstein**, el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;  
en **Noruega**, el «lokale Trygdekontor» (oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;  
en **Suiza**, la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.

#### NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia. Si el pensionista o el miembro de la familia se desplaza al Reino Unido, deberán enviarse los dos ejemplares del formulario directamente a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) En Hungría, la institución del seguro de enfermedad-maternidad deberá cumplimentar este apartado.
- (<sup>5</sup>) En Italia, la ASL o el Ministerio de Sanidad deberán cumplimentar los apartados 6 y 8.
- (<sup>6</sup>) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, húngara, italiana o portuguesa y se refiere a un miembro de la familia.
- (<sup>7</sup>) Cumplimentar el apartado 9 o 10, según proceda, y marcar con una cruz la casilla correspondiente.

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

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

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

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

1.	Institución del lugar de residencia o de estancia <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: ..... .....
1.4	Referencia: su formulario E 107 del .....

2.	Persona asegurada
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.3	Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
2.4	Número de identificación personal: .....
2.5	Se trata de una persona asegurada <input type="checkbox"/> por cuenta ajena <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> fronterizo por cuenta ajena <input type="checkbox"/> fronterizo por cuenta propia <input type="checkbox"/> trabajador desempleado

3.	En razón
3.1	<input type="checkbox"/> de la información facilitada mediante su formulario E 107 con fecha de .....
3.2	<input type="checkbox"/> del accidente de trabajo que ocurrió el ..... con las consecuencias siguientes: ..... .....
3.3	<input type="checkbox"/> de la enfermedad profesional diagnosticada el ..... con las consecuencias siguientes: .....
3.4	<input type="checkbox"/> de la autorización que hemos concedido al interesado para continuar disfrutando de las prestaciones en especie en ..... país adonde se dirige <input type="checkbox"/> para establecer allí su residencia <input type="checkbox"/> para recibir tratamiento médico

4. El trabajador contemplado en el recuadro 2 está autorizado a percibir prestaciones en especie  
 por un accidente de trabajo  por una enfermedad profesional

4.1  durante el período previsto por las disposiciones de la legislación de su país de residencia

4.2  desde el .....  hasta el .....

4.3  durante un máximo de tres meses

4.4  sin limitación de tiempo

5. El informe de nuestro inspector médico

5.1  se adjunta en sobre cerrado

5.2  se envió el ..... a<sup>(4)</sup>.....

5.3  se enviará en caso de solicitarse

5.4  no ha sido elaborado

6. Institución competente

6.1 Denominación: .....

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

6.3 Dirección: .....

6.4 Sello

6.5 Fecha: .....

6.6 Firma: .....

#### Indicaciones para el trabajador

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

##### en Bélgica,

- a) en el caso de una prestación en especie concedida por enfermedad o accidente de índole privado: la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;
- b) en el caso de una prestación en especie concedida por una enfermedad profesional: el «Fonds des maladies professionnelles» (Mutua de las enfermedades profesionales), 1210 Bruselas;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### en Italia,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>2</sup>) Complimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia o estancia del trabajador. Si éste se desplaza al Reino Unido, deberá enviarse también un ejemplar del formulario a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar la denominación y la dirección de la institución a la que se ha enviado el informe médico.



SOLICITUD DE SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN

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

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

1.	El abajo firmante	
1.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	Apellido(s) de nacimiento (si difiere del apellido actual): .....
1.2	Nombre: .....	Fecha de nacimiento: .....
1.3	Número de identificación personal: .....	
1.4	Institución aseguradora <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> : ..... .....	
1.5	Vínculo de parentesco con el difunto: .....	
1.6	Dirección: ..... ..... .....	

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

3.		
3.1	Apellido(s): .....	Apellido(s) de nacimiento (si difiere del apellido actual): .....
3.2	Nombre: .....	Fecha de nacimiento: .....
3.3	Nº de identificación personal ..... .....	
3.4	Fecha de la defunción: ..... .....	
3.5	Causa de la defunción: <input type="checkbox"/> enfermedad <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> accidente de trabajo <input type="checkbox"/> enfermedad profesional <input type="checkbox"/> actuación de un tercero <input type="checkbox"/> otras causas	
3.6	Institución aseguradora del difunto <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> : ..... .....	

4. El solicitante                       estaba                       no estaba                      a cargo del difunto
5. El difunto                       estaba                       no estaba                      a cargo del solicitante
6. El difunto                       estaba                       no estaba                      alojado a cambio de retribución  
 por el solicitante  
 en un establecimiento del cual el solicitante es administrador, miembro del personal interno o residente<sup>(6)</sup>.
7. El solicitante                       ejerce                       no ejerce                      como empresario de pompas fúnebres, delegado o representante de un empresario de este tipo<sup>(6)</sup><sup>(7)</sup>  
El solicitante                       es                       no es                      una persona jurídica sujeta al derecho privado que, con arreglo a una póliza de seguro, haya cubierto parte de los gastos o su totalidad<sup>(6)</sup>
8. Los gastos del sepelio ascienden a<sup>(8)</sup> .....; han sido abonados por .....
9. Se adjuntan el/los siguiente(s) documento(s): .....  
.....  
.....

10. Ruego ingresen la cantidad adeudada en mi cuenta nº IBAN: .....  
 con el código BIC/SWIFT .....  
 en .....<sup>(9)</sup>

11. Fecha: .....

11.1 Firma: .....

#### Indicaciones para el solicitante

- a) *Para obtener el subsidio de defunción deberá presentarse una solicitud por medio del presente formulario*
- *bien ante la institución de seguro competente,*
  - *o bien ante la institución de seguro del lugar de residencia, es decir:*
- en Bélgica, una «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad);*  
*en la República Checa, la «Úřad práce» (Oficina de empleo) del lugar de residencia o estancia;*  
*en Dinamarca, el Ministerio del Interior y Sanidad, Copenhague;*  
*en Grecia, la delegación local del Instituto de la seguridad social (IKA);*  
*en España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social del lugar de residencia;*  
*en Francia, el organismo que proporciona o proporcionaría las prestaciones en especie del seguro de enfermedad;*  
*en Irlanda, el «Department of Social Welfare» (Ministerio de Previsión Social), Dublín;*  
*en Italia, la oficina provincial del INAIL;*  
*en Letonia, el «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Instituto nacional de la seguridad social);*  
*en Lituania, el «Savivaldybės socialinės paramos skyrius» (Departamento municipal de asistencia social) del lugar de residencia o estancia;*  
*en Luxemburgo, la «Union des caisses de maladie» (Unión de cajas del seguro de enfermedad);*  
*en Austria, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia;*  
*en Polonia, la oficina responsable del lugar de residencia o estancia de la «Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)» (Institución de la seguridad social); para los agricultores, la sección regional competente de la «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)» (Caja del Seguro Social Agrícola); o bien la «Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji» (Oficina de pensiones del Ministerio del Interior y de la Administración — organismo de enlace para los regímenes especiales);*  
*en Portugal, para el continente: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para Madeira: el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las Azores: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*  
*en Eslovenia, la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional esloveno del seguro de enfermedad) del lugar de residencia o estancia;*  
*en Eslovaquia, la «Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Oficina de trabajo, asuntos sociales y familia) del lugar de residencia o estancia del difunto;*  
*en Finlandia, la «Kansaneläkelaitos» (Institución del seguro social), Helsinki;*  
*en Suecia, el «försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia o estancia;*  
*en Estonia, el «Sotsiaalkindlustusamet» (Instituto de la seguridad social), Tallin;*  
*en Islandia, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*  
*en Liechtenstein, el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*  
*en Noruega, el «lokale Trygdekontor» (oficina local de la seguridad social) del lugar de residencia o estancia;*  
*en Suiza, la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*
- b) *Deberá adjuntar a su solicitud los siguientes documentos:*
- para Bélgica, una copia del certificado de defunción expedido por la administración local, las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio, cualquier documento que demuestre el vínculo de parentesco o afinidad con el fallecido, o bien, si procede, la convivencia con éste;*
  - para Dinamarca, el certificado de defunción, lea atentamente el folleto «vejledning om ansøgning for begravelseshjælp» (guía para solicitar un subsidio de defunción), que le será enviado posteriormente;*
  - para Grecia, el certificado de defunción, la cartilla de sanidad, las tarjetas sanitarias y, si procede, las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio;*
  - para España, el certificado de defunción, el certificado acreditativo del parentesco o las facturas satisfechas en concepto de gastos del sepelio si el solicitante no tuviera relación familiar alguna con el fallecido;*
  - para Francia, en todos los casos, el certificado de defunción del afiliado, además, si procede:*
    - *si Vd. es el cónyuge del afiliado, la «fiche familiale» (ficha familiar del Registro civil),*
    - *si Vd. es descendiente del fallecido (hijo, hija, nieto, etc.), la «fiche familiale» (ficha familiar del Registro civil) en la cual figure su parentesco con éste,*
    - *si Vd. es ascendiente del fallecido (padre, madre, abuelo, etc.), la «fiche individuelle» de éste (ficha individual del Registro civil);*
    - *si estaba Vd. a su cargo por otro concepto, una declaración jurada, indicando que Vd. se encontraba totalmente a su cargo, de forma efectiva y permanente;*

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

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (3) Sólo en caso de que sea un trabajador, pensionista o solicitante de pensión.
- (4) Indicar su denominación y dirección.
- (5) Las instituciones portuguesas deberán cumplimentar la página adicional que se adjunta.
- (6) Cumplimentar si se solicita el subsidio con arreglo a la legislación belga, en caso de que el solicitante no sea cónyuge, pariente ni afín hasta el tercer grado del fallecido.
- (7) Si el solicitante es empresario de pompas fúnebres y solicita el subsidio conforme a la legislación finlandesa o estonia, deberá adjuntarse una carta del abogado de la persona con derecho.
- (8) Indicar la suma en la divisa del país de residencia del solicitante.
- (9) No afecta a las instituciones irlandesas.





**ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS**

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

Cumplimentar un formulario por beneficiario.

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

1.	Factura nº .....	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> semestre	<input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> semestre	ejercicio 20 .....
----	------------------	---	--	--------------------

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

3.	Beneficiario de la asistencia
3.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....
3.2	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
3.3	Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
3.4	Número de identificación personal <sup>(3)</sup> : a) asignado por la institución competente ..... b) asignado por la institución acreedora .....
3.5	La persona asegurada es <input type="checkbox"/> un trabajador por cuenta ajena <input type="checkbox"/> un trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> un trabajador fronterizo por cuenta ajena <input type="checkbox"/> un trabajador fronterizo por cuenta propia <input type="checkbox"/> un trabajador desempleado <input type="checkbox"/> un pensionista

4.	La persona mencionada en el apartado anterior ha percibido prestaciones con arreglo al documento siguiente:
4.1	<input type="checkbox"/> Tarjeta sanitaria europea nº: ..... Fecha de expiración: .....
	<input type="checkbox"/> Certificado Provisional Sustitutorio nº: ..... con fecha de: ..... Válido del ..... al .....
	<input type="checkbox"/> Formulario E ..... con fecha de: ..... Válido del ..... al .....
4.2	La persona asegurada mencionada en el apartado 3 se sometió al reconocimiento médico solicitado con fecha de .....

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

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

7. Reservado a la institución del país competente	

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (3) Si el beneficiario de la asistencia es un miembro de la familia inscrito con arreglo a un formulario E 106, indicar el número de identificación personal de la persona asegurada.
- (4) Indicar el importe en la divisa nacional.
- (5) Cumplimentar si el formulario está destinado a una institución suiza.
- (6) Indicar el tipo de prestaciones: asistencia al parto, prótesis dentales, prótesis ortopédicas, cura termal, ambulancia, medios de diagnóstico complementarios, etc.
- (7) Indicar el tipo de revisiones médicas y reconocimientos llevados a cabo.
- (8) Un formulario firmado y enviado electrónicamente no necesita sello.
-



TARIFAS PARA EL REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE

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

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

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

**A. Solicitud**

1.	Institución destinataria <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: ..... ..... .....

2.	Persona con derecho
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
2.3	Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
2.4	Número de identificación personal: .....
2.5	La persona es/fue <input type="checkbox"/> trabajador por cuenta ajena <input type="checkbox"/> trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> trabajador fronterizo por cuenta ajena <input type="checkbox"/> trabajador fronterizo por cuenta propia <input type="checkbox"/> trabajador desempleado <input type="checkbox"/> pensionista

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

7.	Institución competente		
7.1	Denominación: .....		
7.2	Número de identificación de la institución: .....		
7.3	Dirección: .....		
7.4	.....		
	Sello	7.5	Fecha: .....
		7.6	Firma: .....
			.....

**B. Respuesta**

8. Conforme a su solicitud, se adjuntan ..... recibos con las tarifas correspondientes
9.  Importe que debe reembolsarse .....  Importe no sujeto a reembolso

10.	Observaciones: .....
	.....
	.....
	.....

11.	Institución del lugar de estancia		
11.1	Denominación: .....		
11.2	Número de identificación de la institución: .....		
11.3	Dirección: .....		
	.....		
11.4	Sello	11.5	Fecha: .....
		11.6	Firma: .....
			.....

**NOTAS**

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

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

(<sup>3</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.



ESTADO INDIVIDUAL DE IMPORTES MENSUALES A TANTO ALZADO

Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 36.1 y 2  
Reglamento (CEE) n° 574/72: artículo 94; artículo 95

La institución del lugar de residencia deberá cumplimentar el formulario correspondiente a un año civil y enviarlo a la institución competente a través del organismo designado para la aplicación del artículo 102.2 del Reglamento (CEE) n° 574/72.

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

1.	Factura n°: .....	del año 20 .....	(2)
----	-------------------	------------------	-----

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

3.	Nacimiento del derecho a las prestaciones para
	<input type="checkbox"/> el trabajador por cuenta ajena <input type="checkbox"/> el pensionista
	<input type="checkbox"/> el trabajador por cuenta propia
3.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual): .....
3.3	Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
	.....
3.4	Número de identificación personal asignado por la institución competente: .....
	.....
3.5	Número de identificación personal asignado por la institución acreedora: .....
	.....

4.	La presente factura se refiere a:
4.1	<input type="checkbox"/> la familia del trabajador mencionado en el recuadro 3, con domicilio: .....
	.....
4.2	<input type="checkbox"/> el pensionista mencionado en el recuadro 3, con domicilio: .....
	.....
4.3	<input type="checkbox"/> el miembro de la familia del pensionista mencionado en el recuadro 3 que figura a continuación:
	<input type="checkbox"/> el miembro de la familia del trabajador mencionado en el recuadro 3 que figura a continuación <sup>(4)</sup> :
4.3.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
4.3.2	Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....
	.....
4.3.3	Dirección: .....
	.....
4.3.4	Número de identificación personal asignado por la institución competente: .....
	.....
4.3.5	Número de identificación personal asignado por la institución acreedora: .....
	.....

5. El derecho a prestaciones en especie de los miembros de la familia del trabajador y del pensionista y los miembros de su familia mencionados anteriormente ha sido certificado mediante su formulario E ..... del ..... (fecha)

6. Durante el período en que se ha mantenido este derecho (del ..... al .....),

6.1 el número de pagos mensuales a tanto alzado se eleva a: .....

- 6.2  por familia, independientemente del número de sus miembros, con tarifa única;
- por pensionista y los miembros de su familia; un formulario por separado para cada uno y la misma tarifa aplicada al pensionista y a sus familiares;
- por persona<sup>(4)</sup>.

7. Institución acreedora

7.1 Denominación: .....

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

7.3 Dirección: .....  
.....

7.4 Sello<sup>(5)</sup>

7.5 Fecha: .....

7.6 Firma: .....  
.....

NOTAS

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

(2) Deberá indicarse el año en que se proporcionaron las prestaciones.

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

(4) En caso de aplicarse un régimen especial de pago a tanto alzado.

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

\_\_\_\_\_