ISSN 0257-7763

Diario Oficial
de las Comunidades Europeas

L 192

29º año

15 de julio de 1986

Edición
en lengua española

Legislación

Sumario

I *Actos cuya publicación es una condición para su aplicabilidad*

. . . . . .

II *Actos cuya publicación no es una condición para su aplicabilidad*

Comisión

Comisión administrativa de las comunidades europeas para la seguridad social de los trabajadores migrantes

86/303/CEE

★ **Decisión Nº 130 de 17 de octubre de 1985 sobre los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y nº 574/72 del Consejo (E 001; E 101—127; E 201—215; E 301—303; E 401—411)** 1

Precio: Pta 2 960

Los actos cuyos títulos van impresos en caracteres finos son actos de gestión corriente, adoptados en el marco de la política agrícola, y que tienen generalmente un período de validez limitado.

Los actos cuyos títulos van impresos en caracteres gruesos y precedidos de un asterisco son todos los demás actos.

II

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

COMISIÓN

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

DECISIÓN Nº 130

de 17 de octubre de 1985

sobre los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y nº 574/72 del Consejo (E 001; E 101—127; E 201—215; E 301—303; E 401—411)

(86/303/CEE)

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

Visto el artículo 81, letra a) del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, en virtud del cual está encargada de resolver toda cuestión administrativa que se derive del Reglamento (CEE) nº 1408/71 y de los Reglamentos ulteriores,

Visto el artículo 2, apartado 1, del Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, en virtud del cual establece los modelos de certificados, atestados, declaraciones, solicitudes y otros documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión nº 120, de 7 de julio de 1982, que establece y adapta los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72,

Considerando que procede adaptar estos modelos para su utilización en la Comunidad ampliada a España y a Portugal;

Considerando que conviene adaptarlos igualmente para tener en cuenta las modificaciones introducidas en las legislaciones nacionales de los Estados miembros;

Considerando que el idioma de emisión de los formularios es objeto de la Recomendación nº 15 de la Comisión Administrativa,

DECIDE:

1. Los modelos de formularios reproducidos en la Decisión nº 120 serán sustituidos por los modelos adjuntos.

2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de los interesados (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.) los formularios según los modelos adjuntos.

3. Cada formulario estará disponible en los idiomas oficiales de la Comunidad y se presentará de manera tal que puedan superponerse perfectamente las diferentes versiones, para permitir que cada destinatario (derechohabiente, institución, empresario, etc.) reciba el formulario impreso en su idioma nacional.

4. La presente Decisión será publicada en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Entrará en vigor el 1 de enero de 1986, aunque, no obstante, los formularios del modelo reproducido en la Decisión nº 120 podrán seguir siendo utilizados hasta que se agoten las existencias.

El Presidente de la Comisión Administrativa

G. SCHROEDER

Lista de formularios

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

E 101 — Certificación relativa a la legislación aplicable

E 102 — Prórroga de desplazamiento o de actividad no asalariada

E 103 — Ejercicio del derecho de opción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 113 — Hospitalización, notificación de ingreso y de salida

E 114 — Concesión de prestaciones en especie de gran importancia

E 115 — Solicitud de prestaciones económicas por incapacidad laboral

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

E 117 — Concesión de prestaciones económicas en caso de incapacidad para el trabajo

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

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

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

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

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

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

E 124 — Solicitud de subsidio de defunción

E 125 — Estado individual de gastos efectivos

E 126 — Tarifas para el reembolso de prestaciones en especie

E 127 — Estado individual de cantidades globales mensuales

E 201 — Certificación relativa a la totalización de períodos de seguro o de residencia

E 202 — Tramitación de una solicitud de pensión de vejez

E 203 — Tramitación de una solicitud de pensión de supervivencia

E 204 — Tramitación de una solicitud de pensión de invalidez

E 205 — Certificación relativa a la carrera del seguro en Bélgica
— Certificación relativa a los períodos de seguro y de residencia en Dinamarca
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Alemania
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Grecia
— Certificación relativa a la carrera del seguro en España
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Francia
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Irlanda
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Italia
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Luxemburgo
— Certificación relativa a la carrera del seguro en los Países Bajos
— Certificación relativa a la carrera del seguro en Portugal
— Certificación relativa a la carrera del seguro en el Reino Unido

E 206 — Certificación de los períodos de empleo en las minas y empresas asimiladas

E 207 — Información relativa a la carrera del asegurado

E 208 — Determinación de los derechos a pensión

E 209 — Determinación de los importes de pensión por aplicación eventual del artículo 46.3 del Reglamento 1408/71

E 210 — Notificación de decisión relativa a una solicitud de pensión

E 211 — Recapitulación de las decisiones

E 212 — Vías y plazos de recurso

E 213 — Informe médico detallado

E 214 — Informe médico relativo a la evaluación de las capacidades y límites funcionales

E 215 — Informe administrativo sobre la situación de un pensionista

E 301 — Certificación relativa a los períodos computables para la concesión de las prestaciones por desempleo

E 302 — Certificación relativa a los miembros de la familia del trabajador asalariado en desempleo que han de ser tenidos en cuenta para el cálculo de las prestaciones

E 303 — Certificación relativa al mantenimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

E 401 — Certificación relativa a la composición de la familia con miras a la concesión de prestaciones familiares

E 402 — Certificación de asistencia escolar para la concesión de prestaciones familiares

E 403 — Certificación de aprendizaje para la concesión de prestaciones familiares

E 404 — Certificado médico para la concesión de las prestaciones familiares

E 405 — Prestaciones o subsidios familiares en el caso de ocupaciones sucesivas en varios Estados miembros entre los plazos de pago previstos por la legislación de dichos Estados

E 406 — Solicitud de subsidios familiares relativos a un trabajador asalariado sometido a la legislación francesa y cuya familia reside en un Estado miembro distinto de Francia

E 407 — Certificación de los períodos de empleo o de desempleo indemnizado en Francia para la concesión de los subsidios familiares a los miembros de la familia de un trabajador asalariado o de un trabajador asalariado en desempleo que residen en un país ditinto de Francia

E 408 — Solicitud de información

E 409 — Control de la declaración de inexistencia de derechos a subsidios familiares a título de una actividad profesional en el país de residencia de la familia

E 410 — Notificación de anulación del derecho a los subsidios familiares

E 411 — Petición de datos sobre el derecho a prestaciones familiares (subsidios familiares) en el Estado de residencia de los miembros de la familia

Los formularios E, cuyos modelos se reproducen en el presente Diario Oficial y que se requieren para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72 del Consejo relativos a la seguridad social de las personas que se desplazan dentro de las Comunidades, se pueden obtener en los Estados miembros según las modalidades siguientes:

BÉLGICA	Información general: Ministère de la prévoyance sociale, Secrétariat général, Service des relations internationales, Tour Philips, boulevard Anspach, 1, boîte 8, 1000 Bruxelles, (Tél.: 02-219 10 30)
DINAMARCA	Información general: J. H. Schultz Forlag, Møntergade 21, 1116 København K, (Tel.: 01-12 11 95)
REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA	1. Información sobre los formularios de enfermedad: Verlag der Ortskrankenkassen, Postfach 20 07 66, 5300 Bonn 2 2. Información sobre los formularios de accidentes: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V., Postfach 15 0140, 5300 Bonn 1 3. Información sobre los formularios de pensiones: La institución competente en cada caso. 4. Información sobre los formularios de desempleo y de prestaciones familiares: Bundesanstalt für Arbeit, Regensburger Straße 104, 8500 Nürnberg
GRECIA	Información general: Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA), Dieuthynsi Diethnon Scheseon, Venta por correo: Odos Agiou Konstantinou 8, Athinai — TT 101 Venta directa: Odos Menandrou 43 — Athinai
ESPAÑA	Información sobre los formularios de las series 100, 200, 400: Instituto Nacional de la Seguridad Social, C/ Padre Damián, nº 4, 28036 Madrid, tel: 450 51 50 Información sobre los formularios de la serie 300: Instituto Nacional de Empleo, C/ Condesa de Venadito nº 9, 28027 Madrid, tel: 408 15 00
FRANCIA	Información general: Union des caisses nationales de sécurité sociale, Tour Maine-Montparnasse, boîtes 45 et 46, 33, avenue du Maine, 75755 Paris Cedex 15
IRLANDA	Venta directa: Government Publications, Sales Office, Sun Alliance House, Molesworth Street, Dublin 2 Venta por correo: Stationery Office, Dublin 4, Tél.: 78 96 44
ITALIA	Información sobre los formularios de la serie 100: Ministero della sanitá, Ufficio attuazione, Servizio sanitario nazionale, Piazzale dell'Industria, 20, 00144 Roma Información sobre los formularios de las demás series: INPS, Direzione generale, Rapporti e convenzioni internazionali, Via della Frezza, 22, 00187 Roma
LUXEMBURGO	Información general: Inspection générale de la sécurité sociale, boîte postale 1308, 1013 Luxembourg
PAÍSES BAJOS	Información general: Sociale Verzekeringsraad, Bredewater 12, 2715 CA Zoetermeer
PORTUGAL	Información general: Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social Rua da Junqueira, 112 — Apartado 3072, 1302, Lisboa Codex
REINO UNIDO	Información general: Department of Health and Social Security, Central Office, Printing and Stationery Branch, Long Benton, Newcastle-upon-Tyne, (Tel.: 85 71 11)

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 4

E 001 [ ] (1)

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

relativa a

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

Reglamento 1408/71: artículo 84

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

Parte A

1 Institución destinataria

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

2 Información relativa al asegurado (3)

2.1 Apellido familiar (4): .....
2.2 Apellido de nacimiento (4): .....
2.3 Nombre (5): .....
2.4 Apellidos anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....
2.6 Apellido y nombre del padre (8): .....
2.7 Apellido y nombre de la madre (8): .....

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

4 Nacimiento

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

5 Número de afiliación

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

6 Dirección (2): .....
.....

7 Información relativa al expediente

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

8 Derechohabiente (14)

8.1 Apellido familiar (4)

.....

8.2 Nombre ..... Apellido de nacimento (4) .....

8.3 Lugar de nacimiento (11) ..... Fecha de nacimiento .....

8.4 Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (9 bis) .....

8.5 Dirección (2): .....

.....

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

Rogamos nos envíen para la persona indicada en el recuadro ☐ 2 ☐ 8

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

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

.....

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

.....

9.4 Motivo de la solicitud: .....

10 Cambio de situación: se han producido los cambios siguientes

.....

.....

.....

.....

.....

11 Otros

.....

.....

.....

.....

.....

12 Institución que cumplimenta la parte A

12.1 Denominación: ..... N° de código (15): .....

12.2 Dirección (2): .....

.....

12.3 Sello

12.4 Fecha: .....

12.5 Firma

.....

E 001

Parte B

13

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

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

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

.....

13.3 ☐ la información siguiente: .....

.....

14

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

Les comunicamos que no podemos enviarles:

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

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

14.3 ☐ la información solicitada

14.4 ☐ Motivos: .....

.....

.....

15 Otros

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ En relación con su envío de .....

acusamos recibo a la información contenida en el recuadro 10

17 Institución que cumplimenta la parte B

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

17.2 Dirección ([2]): .....

.....

17.3 Sello

17.4 Fecha: .....

17.5 Firma

.....

E 001

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(3) Los puntos 2.1 a 2.7 relativos a la identificación, se cumplimentarán cuando sea necesario.

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

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

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

(7) M = Masculino; F = Femenino.

(8) Información necesaria cuando el trabajadores un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

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

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

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

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

(14) A cumplimentar si procede.

(15) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 101 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA LEGISLACIÓN APLICABLE

Reglamento 1408/71: artículos 14.1.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 1.a; 17.
Reglamento 574/72: artículos 11.1; 11 bis 1; 12 bis 2.a; 12 bis 5.c; 12 bis 7.a

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) .....

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

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

1.5 Número de afiliación: .....

2 ☐ Empresario ☐ Actividad no asalariada

2.1 Nombre o razón social: .....

2.2 Dirección (2): .....
.....

3 El trabajador anteriormente indicado

3.1 ☐ está destacado o ejercerá una actividad no asalariada durante un período que durará probablemente del ..... al .....

3.2 ☐ está ocupado desde el .....
☐ ejerce una actividad no asalariada desde el .....

3.3 ☐ en el siguiente establecimiento: ☐ en el siguiente buque:

3.4 Nombre o razón social: .....

3.5 Dirección (2): .....
.....

4 El trabajador queda sometido a la legislación del país ☐ (1) en virtud del artículo

4.1 ☐ 14.1.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 1.a ☐ 17
del Reglamento 1408/71

4.2 ☐ del ..... al .....

4.3 ☐ durante toda la actividad
(ver carta de la autoridad competente del Estado miembro o del organismo designado por dicha autoridad, cuya legislación es aplicable, en fecha
de ....., ref. .....)

5 Institución designada del Estado miembro a cuya legislación está sujeto el trabajador

5.1 Denominación: ..... N° de código (2 bis): .....

5.2 Dirección (2): .....
.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma
.....

E 101

INSTRUCCIONES

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

La institución designada *del Estado miembro a cuya legislación esté sujeto el trabajador cumplimentará el formulario, a petición del trabajador o de su empresario, y lo remitirá al solicitante. Enviará, igualmente, un ejemplar del formulario a la Oficina Nacional de la Seguridad Social en Bruselas cuando el trabajador esté destacado en Bélgica.*

Indicaciones para el trabajador:

Antes de su partida *para ir a trabajar en un Estado miembro distinto de aquél en el que Vd. está asegurado, hágase extender según convenga un formulario E 111 o un formulario E 106 por la institución del seguro de enfermedad-maternidad que le corresponda.*
El formulario E 111 no será necesario en caso de estancia en el Reino Unido.

Si usted o un miembro de su familia necesitasen prestaciones en especie (por ejemplo asistencia médica, medicamentos, hospitalización, etc.) en el país en el que está Vd. trabajando, deberá Vd. presentar el formulario E 111 o E 106 según convenga, ante la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar en que trabaja. Si Vd. no posee dicho formulario, la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar donde Vd. trabaja debe solicitarla a la institución en la cual esté Vd. asegurado. En este caso, corre el riesgo de tener Vd. que pagar los gastos de la enfermedad, pagar unos honorarios más elevados **y de que tarden mucho en otorgarle a Vd. el reembolso.**

Indicaciones para la institución del lugar de estancia:

Cuando el interesado esté en posesión de la certificación cumplimentada en el formulario E 111 o E 106, la institución del seguro del país de estancia le concederá igualmente, provisionalmente, las prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional. En este caso, si dicha institución necesita la certificación en el formulario E 123, se dirigirá lo más rápidamente posible:

en **Bélgica,** *en caso de enfermedad profesional, al Fondo de enfermedades profesionales en Bruselas y, en caso de accidente de trabajo, al asegurador legal competente que deberá indicar el empresario; para los trabajadores no asalariados, al Instituto nacional de seguros sociales para los trabajadores independientes (INASTI), en Bruselas;*

en **Dinamarca,** *al Sikringsstyrelsen (Oficina nacional de la seguridad social), en Copenhague;*

en **Irlanda,** *al «Department of Social Welfare, Records, EEC Section» (Ministerio de Previsión social, Archivos, sección CEE), Dublín 1;*

en **Italia,** *como regla general, a la sede provincial competente del Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) (Instituto nacional del seguro contra accidentes de trabajo); para los marinos, a la Cassa marittima (Caja marítima) competente;*

en **Luxemburgo,** *a l'Association d'assurance contre les accidents (Asociación del seguro contra accidentes);*

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

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

Cuando el trabajador depende del régimen francés de seguridad social, la caja competente para reconocer el derecho a las prestaciones es su caja de afiliación que puede no ser la misma que la que figura en el formulario E 101. Los E 111 o E 123 deben pedirse, en su caso, a la caja del lugar de residencia habitual del trabajador.

NOTAS

(1) Sigla del Estado miembro a cuya legislación está sometido el trabajador: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

(2 bis) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 102 ☐ (1)

PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO O DE ACTIVIDAD NO ASALARIADA

Reglamento 1408/71: artículos 14.1.b; 14 bis 1.b; 14 ter 1; 14 ter 2
Reglamento 574/72: artículos 11.2; 11 bis 2

A. Deberá ser cumplimentado por el empresario o por el trabajador no asalariado

1 Institución destinataria (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) .....
2.3 Fecha de nacimiento ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3 ter) .....
2.4 Dirección habitual (3): .....
.....
2.5 Número: .....

3 El trabajador anteriormente citado ☐ ha estado desplazado ☐ ejerce una actividad no asalariada según el artículo
3.1 ☐ 14.1.a ☐ 14.bis 1.a ☐ 14. ter 1 ☐ 14.ter 2 del reglamento 1408/71
3.2 durante el período del ..... al .....

3.3 ☐ en el siguiente establecimiento ☐ en el buque siguiente

3.4 Nombre o razón social: .....
3.5 Dirección (3): .....
.....

4 Este trabajador presentó una certificación sobre la legislación aplicable (formulario E 101)
4.1 expedida por la institución siguiente [nombre y dirección (3)]
.....
.....
4.2 el ....., válida hasta el .....

5 Solicita que continúe sujeto al país ☐ (1)
5.1 durante el período del ..... al .....(2)

6 ☐ Empresario ☐ Trabajador no asalariado

6.1 Nombre o razón social: .....
6.2 Dirección (3): .....
.....
6.3 Sello

6.4 Fecha: .....
6.5 Firma
.....

E 102

B. Deberá cumplimentarlo la autoridad competente o el organismo designado del país de empleo (5)

7 Declaramos

7.1 ☐ estar de acuerdo ☐ no estar de acuerdo

en que el trabajador mencionado en el recuadro 2 siga sujeto a la legislación de la Seguridad Social

del país ☐ (1)

7.2 durante el período del ..... al .....

8 Autoridad competente u organismo designado del país de empleo

8.1 Denominación: ..... N° de código (6): .....

8.2 Dirección (3): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

E 102

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta (en 4 ejemplares) utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contengan ninguna mención útil

Indicaciones para el empresario o para el trabajador no asalariado

a) *El empresario o el trabajador no asalariado deberá cumplimentar la parte A del formulario, en cuatro ejemplares, que enviará a la autoridad competente o al organismo designado del país donde el trabajador haya estado destacado, es decir:*

en **Bélgica,** *le Ministère de la prévoyance sociale (Ministerio de Previsión Social), en Bruselas, o a la Office national de sécurité sociale (Oficina nacional de la seguridad social), en Bruselas;*

en **Dinamarca,** *al Sikringsstyrelsen (Oficina Nacional de la Seguridad Social), en Copenhague;*

en **Alemania (República Federal),** *a la Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland, Bundesverband den Ortskrankenkassen (Organismo de enlace para el Seguro de enfermedad extranjero, Federación de las Cajas Locales de enfermedad), en Bonn;*

en **Grecia,** *por regla general, a la Oficina Regional o Local del Instituto de Seguros Sociales (IKA); para los marinos, a la Caja de jubilación de los marinos (NAT);*

en **España,** *al «Ministerio de Trabajo y Seguridad Social», Madrid;*

en **Francia,** *la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et, pour les travailleurs salariés agricoles, la Direction régionale de l'Agriculture et de la Forêt—Service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale, (Dirección regional de Asuntos Sanitarios y Sociales y, para los trabajadores agrícolas asalariados, la Dirección regional de Agricultura y de Bosques — Servicio Regional de Inspección del Trabajo, de Empleo y de Política social);*

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

en **Italia,** *al Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Ministerio de Trabajo y de Previsión Social), en Roma;*

en **Luxemburgo,** *a la Inspection générale de la sécurité sociale (Inspección general de la seguridad social), en Luxemburgo;*

en **los Países Bajos,** *al Ministerie van Sociale Zaken (Ministerio de Asuntos Sociales), en La Haya;*

en **Portugal, para el continente:** *al «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Departamento de relaciones internacionales y convenciones de seguridad social), Lisboa:* **para Madeira:** *«Secretario Regional dos Assuntos Sociais» (Secretaria Regional de Asuntos Sociales), Funchal;* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección Regional de Seguridad Social), Angra do Heroísmo;*

en el **Reino Unido,** *al Department of Health and Social Security, Overseas Branch (Ministerio de Sanidad y de Seguridad Social, Servicio Internacional) en Newcastle-upon-Tyne, o al Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch (Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales, Servicio Internacional), en Belfast, según proceda.*

b) *Dos ejemplares del formulario, cumplimentados en la parte B, se remitirán al empresario o al trabajador no asalariado. El empresario entregará un ejemplar al trabajador asalariado.*

NOTAS

(1) Siglas del país en donde la empresa tenga su sede: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Ver las indicaciones dadas en la letra a) en el apartado «Indicaciones para el empresario o para el trabajador no asalariado».

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

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

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

(4) Este período no podrá sobrepasar el vigésimo cuarto mes, a partir del inicio del destacamento o de la actividad no asalariada en el país indicado en el punto 5.

(5) Dos ejemplares deberán ser devueltos al solicitante, un ejemplar deberá remitirse a la institución designada del país donde la empresa tenga su sede.

(6) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 103 ☐ (1)

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

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

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

A. Opción

1 El abajo firmante

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) .....

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

1.4 Dirección (2): .....

.....

1.5 Número de afiliación: .....

2 Ocupado desde .....

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

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

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

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

3.1 (6) ☐ del Estado miembro del que es nacional

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

(6) ☐ belga ☐ danesa ☐ alemana ☐ griega ☐ española
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ del Reino Unido

4 Lugar y fecha: .....

5 Firma

.....

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

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (2): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

B. Certificación

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

(6) ☐ belga ☐ danesa ☐ alemana ☐ griega ☐ española
(6) ☐ francesa ☐ irlandesa ☐ italiana ☐ luxemburguesa ☐ neerlandesa
(6) ☐ portuguesa ☐ del Reino Unido

7.1 a partir de .....

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

8 Institución designada por la autoridad competente

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

(2)

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

en **Dinamarca,** *a la «Sikringsstyrelsen» (Oficina Nacional de la Seguridad Social), Copenhague;*

en **Alemania (República Federal),** *a la «Allgemeine Ortskrankenkassen Bonn» (Caja Local de enfermedad de Bonn), en Bonn.*

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

en **España,** *el «Instituto Nacional de la Seguridad Social», Madrid.*

en **Francia,** *a la «Caisse primaire centrale d'assurance-maladie de la région parisienne» (la Caja primaria central del Seguro de Enfermedad de la región parisina);*

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

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

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

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

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

en el **Reino Unido,** *al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y de los Servicios Sociales, Servicio Internacional), Belfast, según el caso.*

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

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

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

NOTAS

(1) Sigla del país de empleo de la persona que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

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

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

(7) Los trabajadores al servicio de misiones diplomáticas, 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 civil.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 104 ☐ (1)

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

Enfermedad — maternidad — defunción (subsidio) — tuberculosis

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

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

Parte A

1 Institución destinataria

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

2 Asegurado

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

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

4 Institución competente

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

Parte B

5	Asegurado (6)		
5.1	Apellido(s) (2 bis)		
5.2	Nombre	Apellido de soltera (2 bis)	Fecha de nacimiento
5.3	Número de afiliación:		

6 El asegurado indicado ☐ en el recuadro 2 ☐ en el recuadro 5
ha cumplido ☐ en los tres últimos años (8)
☐ desde .....

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

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

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

E 104

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario en primer lugar: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(3) Indicar el Estado miembro.

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

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

(5 bis) Completar si se tiene.

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

(7) Si la certificación se dirige a una institución italiana y se refiere a las prestaciones económicas en caso de tuberculosis, es suficiente que el interesado justifique un año de cotización.

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

(9) Si la certificación está destinada a una institución griega, indicar si se trata de períodos de actividad asalariada o no asalariada, utilizando el código siguiente: D = asalariada, I = no asalariada.

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

(11) Si la institución competente es una institución alemana, irlandesa o del Reino Unido, poner una cruz en esta casilla, siempre que el período de seguro o de residencia corresponda a un período de empleo efectivo y precisar aquí abajo la naturaleza de la actividad asalariada o no asalariada:

.....

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 105 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

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

.....

.....

1.4 Número de afiliación: .....

2 Miembros de la familia del trabajador arriba indicado

	Apellido(s) (1 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento	Parentesco
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

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

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma

.....

E 105

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el trabajador:

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

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

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 106 ☐ (1)

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

Trabajadores asalariados y no asalariados y miembros de su familia que convivan con ellos; miembros de la familia de los trabajadores desempleados

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

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

A. Notificación del derecho

1 Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: ..... N° de código (2 bis): .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
1.3 Referencia: su formulario E 107 del .....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado
☐ Trabajador fronterizo (3 bis) ☐ Trabajador en desempleo

2.1 Apellido(s) (3 ter)
.....

2.2 Nombre	Apellido de soltera (3 ter)	Fecha de nacimiento
.....	.....	.....

2.3 Dirección en el país de residencia (3): .....
.....
2.4 Número de afiliación .....
2.5 El trabajador ☐ es ☐ no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado
2.6 ☐ El trabajador depende de un régimen de no asalariados mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

3 Miembro de la familia (4)

3.1 Apellido(s) (3 ter)
.....

3.2 Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
.....	.....	.....

3.3 Dirección en el país de residencia (3): .....
.....

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

6 Los interesados conservarán este derecho

6.1 ☐ hasta la anulación de la presente certificación
6.2 ☐ durante un año desde la entrega de la presente certificación (6)
6.3 ☐ hasta el ..... inclusive (7)

7 Institución competente para enfermedad-maternidad

7.1 Denominación: ..... Nº de código (7 bis): .....
7.2 Dirección (3): .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

8 Institución competente para los accidentes no laborales (8)

8.1 Denominación: ..... Nº de código (7 bis): .....
8.2 Dirección (3): .....
.....
8.3 Sello

8.4 Fecha: .....
8.5 Firma
.....

B. Notificación de la inscripción (9)

9

9.1 ☐ El trabajador citado en el recuadro 2 y los miembros de su familia
9.2 ☐ Los miembros de la familia del desempleado citado en el recuadro 2
9.3 ☐ han sido inscritos en nuestra institución el .....
9.4 ☐ no han podido inscribirse en nuestra institución porque
.....

10 Miembros de la familia inscritos

	Apellido(s) (3 ter)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
10.1				
10.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

11 Institución del lugar de residencia

11.1 Denominación: .....
11.2 Dirección (3): .....
.....
11.3 Sello

11.4 Fecha: .....
11.5 Firma
.....

E 106

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el asegurado:

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

b) *Los dos ejemplares del formulario que obran en poder de Vd. deberán ser remitidos a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia. Si Vd. se encuentra en desempleo, 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 en cuestión son:*

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

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

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

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

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

en **Francia,** *la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si está punteada la casilla del punto 2.5, la «Société de Secours minière» (Sociedad de socorro minero); si está punteada la casilla del punto 2.6 el Organismo autorizado;*

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

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

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional de Seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

en el **Reino Unido,** *el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, servicio internacional) en Newcastle-upon-Tyne, o el «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, servicio internacional) en Belfast, según proceda.*

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

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(2 bis) Completar si se conoce.

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

(3 bis) Si se trata de un trabajador fronterizo, marcar el recuadro «asalariado» o «no asalariado», según el caso.

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

(4) A cumplimentar únicamente si el formulario afecta a los miembros de la familia del desempleado; en ese caso, facilitar datos de un solo miembro de la familia.

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

(6) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa.

(7) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores no asalariados o una institución del Reino Unido de trabajadores asalariados o no asalariados.

(7 bis) Completar si se tiene.

(8) A cumplimentar por las instituciones francesas de trabajadores no asalariados.

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 107 ☐ (1)

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE DERECHO A PRESTACIONES EN ESPECIE

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

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

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

1 Institución destinataria

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

2

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

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

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

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

4 Miembros de la familia (6)

4.1 Apellido(s) (2 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

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

9 Institución del lugar de residencia o de estancia

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

B. A cumplimentar por la institución competente

10

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

11 Institución competente

11.1 Denominación: ..... N° de código (10): .....
11.2 Dirección (2): .....
.....
11.3 Sello
11.4 Fecha: .....
11.5 Firma
.....

E 107

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

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

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

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

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

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

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

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

(5 bis) Para España: «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» o «Mutua Patronal», según el caso. Si se trata de una Mutua Patronal, indicar su denominación y domicilio.

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

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

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

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

(10) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 108 ☐ (1)

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

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

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

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

A. Notificación

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

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

2.1 Apellido(s) (2 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 Dirección en el país de residencia (2): .....

.....

2.4 Número de afiliación: .....

3 Miembro de la familia (3)

3.1 Apellido(s) (2 bis)

.....

3.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Dirección en el país de residencia (2): .....

.....

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

4.1 ☐ El trabajador arriba indicado ha dejado de estar asegurado en nuestra institución desde: .....

4.2 ☐ La pensión o la renta del titular arriba indicado ha sido suspendida o suprimida desde el .....

4.3 ☐ Todas las personas inscritas en esa institución no residen en su país desde el:

.....

4.4 ☐ El titular del derecho a prestaciones ha fallecido el .....

4.5 ☐ (4) .....

E 108

5 Institución competente

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

5.2 Dirección (2): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

B. Acuse de recibo

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

.....

7 ☐ La persona indicada en la parte A
☐ no se ha beneficiado
☐ no se beneficiará
de prestaciones a partir del

.....

☐ Las personas indicadas en la parte A
☐ no se han beneficiado
☐ no se beneficiarán

8 Institución del lugar de residencia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

(5) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 109 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL TRABAJADOR ASALARIADO O NO ASALARIADO Y LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS

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

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

A. Notificación del derecho

1 Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
1.3 Referencia: su formulario E 107 de .....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador de temporada asalariado

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección (3): .....
.....
2.4 Número: .....
2.5 El trabajador ☐ es ☐ no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado

2.6 ☐ El trabajador depende de un régimen de no asalariados, mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

3 Miembro de la familia (4)

3.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección (3): .....
.....

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

☐ que ejerzan una actividad profesional (5)

5 Este derecho comienza el .....

6 Y continúa en vigor

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

7 Institución competente

7.1 Denominación: ..... N° de código (7 bis): .....
7.2 Dirección (3): .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

B. Notificación de la inscripción (8)

8 ☐ (9)

8.1 Los miembros de la familia del trabajador indicado en el recuadro 2 no han sido inscritos, porque
8.2 ☐ ningún miembro de la familia tiene derecho a las prestaciones
8.3 ☐ todos los miembros de la familia tienen ya derecho a las prestaciones en especie conforme a las disposiciones de la legislación de nuestro país
8.4 ☐ el cónyuge o la persona que tiene la custodia de los hijos ejerce una actividad profesional en nuestro país (10)
8.5 ☐ la «situación familiar» necesaria no ha sido presentada
8.6 ☐ (11) .....

9 ☐ (9)

9.1 Se han inscrito los siguientes miembros de la familia0del trabajador indicado ef el recuadro 2

9.2	Apellido(s) (30bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
9.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

9.10 El coste de estas prestaciones corre a cargo de Vds.; la fecha que se toma como punto de partida del cálculo de la cuantía mencionada en el artículo 94 del Reglamento 574/72 es el

.....

10 Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....
10.2 Dirección (3): .....
.....
10.3 Sello

10.4 Fecha: .....
10.5 Firma
.....

E 109

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el trabajador:

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

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

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

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

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

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

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

en **Francia,** *«la Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si está marcada la casilla del punto 2.5, la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero); si está marcada la casilla del punto 2.6, el organismo autorizado.*

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

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

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (La Caja nacional de seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

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

d) *Vd. o los miembros de su familia deberán comunicar a la Institución del lugar de residencia cualquier cambio de situación que pudiera modificar el derecho a prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio de su lugar de residencia o estancia o del de un miembro de su familia, etc.).*

NOTAS

(1) Sigla del país a que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

(4) Indicar un sólo miembro de la familia.

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

(6) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa.

(7) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores no asalariados o una institución del Reino Unido de trabajadores asalariados o no asalariados.

(7 bis) Completar si se tiene.

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

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

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

(11) Otros motivos.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en las páginas 2 y 3

E 110 [ ] (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS TRABAJADORES ASALARIADOS DE LOS TRANSPORTES INTERNACIONALES

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

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

A. Primera certificación

1 Trabajador

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) .....

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

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

2 Miembros de la familia que acompañan al cabeza de familia

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

3 Institución competente

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

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

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

E 110

5	Empresario

5.1 Nombre o razón social: .....

5.2 Actividad de la empresa: .....

5.3 Dirección (2): .....

.....

5.4 Sello

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma del empresario o de la persona en quien delegue

.....

6	Institución competente en materia de seguro de enfermedad (4) (5)

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (2): .....

.....

6.3 Número de afiliación del trabajador asalariado: .....

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma del trabajador asalariado

.....

6.6 Firma del empresario o de la persona en quien delegue

.....

B. Validaciones sucesivas (6)

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

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

INSTRUCCIONES

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

Instrucciones para el trabajador:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad de los obreros)*

en los **Países Bajos,** *en la «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos), Utrecht. La asistencia del médico, del dentista y del farmecéutico podrá solicitarse sin contacto previo con la ANOZ;*

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

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

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

en Bélgica, *en la mutualidad elegida;*

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

en **Alemania (República Federal),** *en la «Allgemeinen-Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

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

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

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

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

en **Italia,**

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

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

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

en los **Países Bajos,** *en la «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos), Utrecht. La asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico, podrá solicitarse sin contacto previo con la ANOZ;*

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

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

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

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

NOTAS

(1) Sigla del país en que la empresa tiene su sede: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

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

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 111 [ ] (1)

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

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

1 [ ] Trabajador asalariado [ ] Titular de pensión o de renta (régimen asalariados) [ ] Otro

[ ] Trabajador no asalariado [ ] Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados)

[Apellido(s) (1 bis), Apellido de soltera (1 bis), Nombre, Dirección (2)]

1.1 Número de afiliación: ..... Fecha de nacimiento: .....

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

2 Miembros de la familia (3)

2.1 Apellido(s) (1 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

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

3.1 (5) [ ] del ..... al ..... inclusive

3.2 (5) [ ] a partir de .....

3.3 (5) [ ] para los casos de enfermedad sobrevenidos
del ..... al ..... inclusive,

durante ..... días ..... semanas

E 111

4	Institución competente

4.1 Denominación: ..... N° de código (6): .....

4.2 Dirección (2): .....

.....

4.3 Sello

4.4 Fecha: .....

4.5 Firma

.....

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

5	Institución francesa competente para los accidentes no laborales de los agricultores no asalariados

5.1 Denominación: ..... N° de código (6): .....

5.2 Dirección (2): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

(2)

E 111

INSTRUCCIONES

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

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

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

a) *El presente documento permite:*

— *al trabajador y a los miembros de su familia enumerados en el recuadro 2, que se encuentren residiendo temporalmente en otro país distinto al Estado competente, y en caso de necesidad urgente;*

— *al titular de pensión o de renta y a los miembros de su familia mencionados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en un país distinto de aquél en donde tienen su residencia habitual,*

obtener de los organismos aseguradores del país de estancia, las prestaciones en especie en caso de enfermedad o de maternidad, y, a título provisional, en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

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

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

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

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

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

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

en **Francia,** *a la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria del seguro de enfermedad); si la casilla 1.2 está señalada, al organismo acordado;*

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

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

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad obrero);*

en **los Países Bajos,** *a la «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht. Se podrá solicitar la asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico, sin contacto previo con la ANOZ.*

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenezca la institución que cumplimente el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

(6) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

RÉGIMEN NO-ASALARIADOS

Ver «instrucciones» al dorso

E 111 **B** (1)

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

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

1 ☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta [Apellido(s) (1 bis), Apellido de soltera (1 bis), Nombre, Dirección (2)]

1.1 Número de afiliación: ..... Fecha de nacimiento: .....

2 Miembros de la familia (3)

2.1 Apellido(s) (1 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

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

HOSPITALIZACIÓN ÚNICAMENTE

4 Institución competente

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

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

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

E 111 | B

RÉGIMEN NO-ASALARIADOS

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

INSTRUCCIONES

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

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

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

a) *El presente documento permitirá:*
   - *al trabajador no-asalariado y a los miembros de su familia mencionados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en un país distinto del Estado competente,*
   - *al titular de una pensión o una renta del régimen no-asalariados, y a los miembros de su familia mencionados en el recuadro 2, que se encuentren en estancia temporal en un país distinto de aquél donde tienen su residencia habitual,*

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

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

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

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

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

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

   en **Francia,** *el organismo acordado;*

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

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

   en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (la Caja nacional del seguro de enfermedad obrero);*

   en los **Países Bajos,** *la «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht;*

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará el formulario: B = Bélgica.

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

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

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

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

(5) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 112 [ ] (1)

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

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

La institución competente entregará el formulario al trabajador o al pensionista. Si éste se desplaza al Reino Unido, se deberá enviar igualmente un ejemplar del formulario al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, en Newcastle-upon-Tyne.

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

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

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

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

1.5 Número de afiliación: .....

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

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

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

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

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

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

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

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

3.1 [ ] para establecer allí su residencia

3.2 [ ] para ser atendida allí por (6) .....
.....

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

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

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

5 El informe de nuestro inspector médico

5.1 [ ] se adjunta a la presente en sobre cerrado

5.2 [ ] ha sido enviado el ..... a (8) .....
.....

5.3 [ ] puede sernos pedido

5.4 [ ] no ha sido emitido

E 112

6	Institución competente		
6.1	Denominación:	N° de código (9):	.....
6.2	Dirección (2):		
	.....		
6.3	Sello	6.4 Fecha:	.....
		6.5 Firma	
			.....

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el asegurado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad obrero);*

en **los Países Bajos,** *en caso de cambio de residencia, en la Caja de enfermedad competente para el lugar de residencia; en caso de estancia temporal, en la «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad General de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht;*

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

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

(6) A especificar si fuera posible.

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

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

(9) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALIZACIÓN, NOTIFICACIÓN DE INGRESO Y DE SALIDA

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

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

1 Institución competente

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

2

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

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

3 Miembro de la familia hospitalizado

3.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (3)
.....
.....

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

A. Notificación de ingreso

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

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

B. Notificación de salida

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

E 113

7	Institución del lugar de residencia o de estancia

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección (2): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(2 ter) Para los nacionales españoles, indicar el número del decumento nacional de identidad (D.N.I), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno».

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

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

(5) Denominación del Centro hospitalario.

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

Nombre o razón social: .....

Dirección (2): .....

.....

(7) A indicar, si es posible.

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

(9) Señálese con una cruz, si procede.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 114 ☐ (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES EN ESPECIE DE GRAN IMPORTANCIA

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

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

A. Notificación

1 Institución competente

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

2

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

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección del país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
2.4 Número de afiliación: .....

3 Miembro de la familia interesado

3.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (4)
.....
.....

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

8 Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

B. Posible oposición de la institución competente

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

Motivo:

.....

.....

10 Institución competente

10.1 Denominación: ..... N° de código (9): .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Républica Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

Nombre o razón social: .....

Dirección (2): .....

.....

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

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

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

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

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

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

(9) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones en la página 3

E 115 ☐ (1)

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD LABORAL

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

Si el formulario se refiere a un trabajador en activo, deberá extenderse un solo ejemplar y se enviará a la institución competente del seguro de enfermedad-maternidad o del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por el contrario, si se refiere a un desempleado, se necesitará extender dos ejemplares suplementarios, de los cuales uno se enviará a la institución competente en materia de seguro de desempleo, y el otro a la institución correspondiente del país adonde se ha desplazado el desempleado para buscar allí trabajo (ver igualmente notas 7 y 8).

1 Institución competente

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

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

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

3 Empresario (4)

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

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

4 La persona mencionada en el recuadro 2 ha solicitado el:.....
la concesión de prestaciones en metálico por incapacidad laboral, a consecuencia
4.1 ☐ de enfermedad (6) ☐ de maternidad (fecha probable del parto): .....)
☐ de accidente de trabajo acaecido el: .....
☐ de enfermedad profesional

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

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

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

6.2 ☐ no existe incapacidad laboral ([7])

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

.....

.....

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

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

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

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

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

11 En relación con

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

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

11.3 tenemos el honor de informarles que, según la opinión de nuestro inspector médico
- ☐ cuyo informe se adjunta
- ☐ cuyo informe se les remitirá a la mayor brevedad

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

.....

12 Institución del lugar de residencia o de estancia

12.1 Denominación: .....

12.2 Direccion ([2]): .....

.....

12.4 Sello

12.3 Fecha: .....

12.5 Firma

.....

E 115

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

(6) O de accidente no laboral.

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

(8) Para Italia, este formulario se comunicará a la sede provincial competente del Instituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS). Para los Países Bajos, si no se conoce la Institución competente del seguro de enfermedad, enviar el formulario al GAK., Postbus 8300, Amsterdam.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 116 ☐ (1)

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

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

A cumplimentar por el médico de la institución que expide el formulario E 115; se adjuntará a este formulario y se enviará en sobre cerrado en caso de enfermedad o maternidad. Para Bélgica, deberá siempre dirigirse en primer lugar a la institución belga competente en materia de seguro de enfermedad.

1 Institución competente destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (2): .....
.....
1.3 Referencia: nuestro formulario E 116 del .....

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

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

3.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
3.4 Número de afiliación: .....

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

el ..... estima

4.1 que se trata
☐ de un caso de enfermedad (3) ☐ de un caso de maternidad (fecha prevista de parto: .....)
4.2 que se trata probablemente
☐ de un accidente de trabajo ☐ de una enfermedad profesional
4.3 ☐ de una recaída o agravación

Parte A: Informe general

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

5.1 Anamnesia y síntomas actuales
.....
.....
5.2 Examen clínico
5.3 Estado general: ..... Peso: ..... Talla: ..... (4)
5.4 Otras comprobaciones .....
.....
.....
5.5 Exámenes técnicos (5): .....
.....
.....
5.6 Diagnóstico: .....
5.7 Conclusiones:
5.8 ☐ El interesado no es considerado incapaz para el trabajo
5.9 ☐ El interesado es considerado incapaz para el trabajo a partir del ..... hasta el .....
5.10 ☐ El interesado será sometido a un nuevo control médico el: .....
5.11 ☐ El interesado está en disposición de trabajar a partir de: .....

Parte B: Informes en caso de accidente de trabajo

6 Primer informe médico

6.1 Este accidente ha producido las lesiones siguientes (6)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

6.4 La víctima es atendida

☐ en su domicilio ☐ en la consulta del médico

☐ en el hospital ☐ en otro lugar

Dirección (2) (8): .....

.....

7 Último informe médico

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

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

7.3 ☐ sin secuelas

7.4 ☐ y tendrán probablemente las consecuencias siguientes

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8 Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma del médico

.....

E 116

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(3) Incluidos los accidentes no laborales.

(4) Información que se facilitará en caso necesario.

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

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

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

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 117 ☐ (1)

CONCESIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN CASO DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO

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

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

1 Institución del lugar de residencia o de estancia

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

2 Referencia: su formulario E 115 de .....

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

3.1 Apellido(s) (2 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2)
.....
.....
3.4 Número de afiliación: .....

4 ☐ Tiene derecho a las prestaciones económicas, provisionalmente y salvo prórroga, en su caso del ..... al .....
4.1 ☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas
Motivo: ver E 118 adjunto
4.2 ☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas a partir de .....
Motivo: ver E 118 adjunto
5 Estas prestaciones serán abonadas (3)
5.1 ☐ por nuestra institución a la dirección citada en el punto 3.3, por giro postal internacional
5.2 ☐ por nuestra institución cuando el interesado regrese a nuestro país
5.3 ☐ por ustedes a cargo nuestro
5.4 ☐ por el empresario en la dirección indicada en el punto 3.3 (4)
5.5 ☐ por el empresario, del ..... al ..... (5)

6 (3) (6)

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

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

8	Institución competente		
8.1	Denominación:	N° de código ([10]):	.....
8.2	Dirección ([2]):		
	.....		
8.3	Sello	8.4 Fecha:	.....
		8.5 Firma	
		.....	

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

([1]) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

([5]) A cumplimentar por las instituciones alemanas.

([6]) A cumplimentar únicamente en el caso indicado en el punto 5.3.

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

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

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

([10]) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 118 ☐ (1)

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

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

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

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

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

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

1.4 Número de afiliación: .....

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

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

3 ☐ De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento
☐ Del control efectuado por nuestro médico el .....
resulta que

3.1 ☐ su incapacidad para el trabajo es solamente parcial
3.2 ☐ tiene Vd. derecho a una indemnización parcial por importe de .....
a partir del .....(3)
3.3 ☐ no está Vd. incapacitado para trabajar
3.4 ☐ su incapacidad para el trabajo ha terminado el ..... (4)
3.5 ☐ El último día por el que Vd. percibirá prestaciones económicas es el .....
3.6 ☐ La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá Vd. prestaciones económicas

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

4.1 Denominación: ..... N° de código (5): .....
4.2 Dirección (2): .....
.....
4.3 Sello

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

E 118

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Incluido su Anexo, se compone de 4 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse aun en el caso de que no contenga ninguna mención útil

Indicaciones para el trabajador o el desempleado:

Puede Vd. presentar recurso contra la decisión que se le comunique por el presente documento ante la instancia competente del país competente o bien ante la del país de estancia o residencia.

Los nombres de estas instancias, las vías y plazos de recurso figuran en el Anexo.

Para las vías y plazos de recurso, es preciso tener en cuenta las indicaciones facilitadas en lo que respecta al país competente.

En el caso que le afecta, son aplicables las indicaciones facilitadas en el número ....

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

(5) Completar si se tiene.

E 118 Anexo

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento 574/72: artículo 18.4; artículo 61.4

1. **BÉLGICA**

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

Por tribunal de trabajo competente, se entiende:

a) Si Vd. está domiciliado en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encuentre su domicilio.
b) Si Vd, no tiene o ha dejado de tener domicilio en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encontraba su último domicilio o su última residencia en Bélgica;
c) Si Vd. no ha tenido domicilio o residencia en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción de su última ocupación en Bélgica.

2. **DINAMARCA**

Si desea recurrir la decisión que figura adjunta, puede Vd.

a) En lo que se refiere al subsidio diario debido durante las cinco semanas siguientes al primer día de ausencia en caso de que el empresario esté obligado a pagar el subsidio diario «período de empresario», presentar un recurso ante el «Dappengeudvalget» (Comité de subsidios diarios), dirección:

.....

b) En lo que se refiere al subsidio diario debido que supere el «período de empresario» o en el caso en que no exista «período de empresario», presentar un recurso en las cuatro semanas que siguen a la notificación de la decisión, ante el «Amtsankenævn» (Comisión de recurso) competente; en Copenhague y Frederiksberg, ante el «Sociale ankestyrelse» (Comité de recurso en materia social) dirección:

.....

3. **REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA**

Contra el acto administrativo adjunto puede interponerse reclamación en un plazo de 3 meses a partir del día de su notificación, ante la institución competente alemana mencionada en el recuadro 2 o 4 del formulario E 118 o bien ante la institución de su lugar de estancia o de residencia mencionado en dichos recuadros.

4. **GRECIA**

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

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

5. **ESPAÑA**

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

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

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

6. **FRANCIA**

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

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

7. IRLANDA

Si no está de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede Vd. dirigir al Ministerio de Previsión Social en Dublín, una solicitud especificando que desea que su caso se someta a la autoridad de apelación (Appeals officer).
Esta solicitud debe presentarse en los 21 días siguientes a la fecha de recepción de la decisión.

8. ITALIA

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

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

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

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

9. LUXEMBURGO

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

Todo recurso debe acompañarse de un acta circunstanciada de la inspección general de la seguridad social, en Luxemburgo, que certifique que previamente le han presentado la composición administrativa del litigio.

10. PAÍSES BAJOS

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

11. PORTUGAL

Si no está de acuerdo con la decisión que se acompaña, podrá presentar recurso en un plazo de ... días, a contar desde la fecha de recepción de su notificación, ante:

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

12. REINO UNIDO

Si no está Vd. de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 28 días a partir de la notificación, ante el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, servicio internacional) en Newcastle-upon-Tyne, o del «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, servicio internacional) en Belfast, según proceda.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 119 ☐ (1)

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

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

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

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

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

2 Trabajador en desempleo

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

3 Último empresario, en su caso

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

4 El interesado, arriba indicado, tiene derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad-maternidad
☐ en especie, para él mismo
☐ económicas, para él mismo
☐ en especie, para los miembros de su familia
a condición de que la institución del seguro de desempleo del país en que se encuentra para buscar trabajo, haya enviado a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del mismo país un formulario E 303/3 que contenga la certificación prevista en el artículo 26.2, primer párrafo, del Reglamento 574/72.

5 Las prestaciones en especie podrán abonarse
5.1 ☐ durante un período que no exceda del establecido para el derecho a las prestaciones de desempleo
5.2 ☐ por los casos de enfermedad acaecidos hasta ..... inclusive,
durante ..... días ..... semanas

6 En caso de incapacidad para el trabajo, las prestaciones económicas podrán ser abonadas
6.1 ☐ durante un período que no exceda del establecido para el derecho a las prestaciones de desempleo
6.2 ☐ por los casos de enfermedad acaecidos hasta ..... inclusive,
durante ..... días ..... semanas

7 Dichas prestaciones en metálico serán abonadas
7.1 ☐ por nuestra institución, por giro postal internacional a la dirección arriba indicada.
7.2 ☐ por ustedes a nuestro cargo.

8

8.1 La indemnización deberá ser abonada

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

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

9 (4)

9.1 El importe neto diario de esta indemnización

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

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

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

10 Institución competente (6)

10.1 Denominación: ..... N° de código (7): .....

10.2 Dirección (3): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

E 119

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el desempleado:

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

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

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

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

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

en **España,** *«Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» de su lugar de estancia o de residencia;*

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

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

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

en **Luxemburgo,** *a la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

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

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

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

- *si se encuentra usted en Bélgica, en la República Federal de Alemania, en España, en Francia, en Italia, en Luxemburgo: en la institución del seguro indicada en el punto a);*
- *si se encuentra en Dinamarca: en la «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (Oficina local de los servicios sociales de la salud). En los municipios de Copenhague, Odense, Alborg y Arhus, en el «magistrat» (administración municipal);*
- *si se encuentra en Irlanda: en el «Department of Social Welfare, Records, EEC Section» (Ministerio de Previsión social, Archivos, sección CEE), Dublín, 1;*
- *si se encuentra usted en los Países Bajos, deberá declarar su incapacidad de trabajo en la oficina de distrito del «Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK)» (Oficina administrativa común) que le sirva las prestaciones de desempleo;*
- *si se encuentra usted en Portugal:* **para el continente:** *en el «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de seguridad social) del lugar de estancia o de residencia;* **para Madeira:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de seguridad social), Funchal:* **para las Azores:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de seguridad social), Angra do Heroísmo;*
- *si se encuentra en el Reino Unido: en el «Department of Health and Social Security Overseas Branch» (Ministerio de la Salud y de la Seguridad Social, servicio internacional), Newcastle-upon-Tyne, o en el «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de la Salud y de los Servicios Sociales, servicio internacional), Belfast, según el caso.*

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

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

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

(7) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 120 ☐ (1)

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

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

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y remitirá dos ejemplares al interesado, que deberá presentarlos en la institución de su lugar de residencia. Si el solicitante de pensión reside en el Reino Unido, los dos ejemplares del formulario deberán enviarse directamente al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. La institución del lugar de residencia, al recibir los dos ejemplares de que se trata, cumplimentará la parte B y enviará uno de los ejemplares a la institución mencionada en el recuadro 6. En su caso, los dos ejemplares se remitirán primero a la institución que deba cumplimentar los recuadros 5 y 6.

A. Notificación del derecho

1 Institución del lugar de residencia (2)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....
1.3 Referencia: su formulario E 107 de: .....

2 Solicitante de pensión o de renta

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombres: ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país de residencia (3): .....
.....
2.4 Número de afiliación: .....

3 A cumplimentar por la institución en la que haya sido presentada la solicitud de pensión o de renta

3.1 El interesado arriba indicado ha presentado el: .....
una solicitud de pensión o de renta
☐ de vejez ☐ de invalidez ☐ de supervivencia
☐ de accidente de trabajo ☐ de enfermedad profesional
3.2 (4) ☐ del examen de esta solicitud resulta que el interesado puede obtener una pensión a nuestro cargo

4 Institución que cumplimenta el recuadro 3

4.1 Denominación: .....
4.2 Dirección (3): .....
.....
4.3 Sello

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

5 A cumplimentar por la institución a la que haya sido presentada la solicitud de pensión o de renta por la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país en que haya sido presentada esta solicitud

5.1 N° de código de la institución de instrucción (4 bis): .....

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

5.3 A partir de: ..... y hasta que expire la presente certificación

6 Institución que cumplimenta el recuadro 5

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (3): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

B. Notificación de inscripción o de no inscripción

7 (5) ☐

7.1 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia no han podido ser inscritos porque

.....

.....

8 (5) ☐

8.1 N° de código de la institución del lugar de residencia (4 bis): .....

8.2 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia que se indican a continuación han sido inscritos el

.....

9 Miembros de la familia inscritos

	Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
9.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

10	Institución del lugar de residencia
10.1	Denominación: .....
10.2	Dirección (3): .....
	.....
10.3	Sello
10.4	Fecha: .....
10.5	Firma
	.....

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el asegurado:

a) *la presente certificación da a usted y a los miembros de su familia el derecho a beneficiarse de las prestaciones en especie en caso de enfermedad o de maternidad en el país en que reside.*

b) *Deberá presentar a la mayor brevedad posible los dos ejemplares de esta certificación que tiene en su poder en una de las instituciones del seguro que se mencionan a continuación:*

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

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

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

en **Grecia,** *por regla general, en la oficina regional o local del Instituto de Seguros Sociales (IKA) que enviará 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» de su lugar de residencia;*

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

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

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

en **Luxemburgo,** *en la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

c) *Deberá usted comunicar a la institución del seguro a la que haya remitido el formulario, cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (concesión de la pensión o de la renta solicitada, cambio de su lugar de residencia o de estancia o de la de un miembro de su familia, etc.).*

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que debe cumplimentar la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

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

(4 bis) Completar si se tiene.

(5) Cumplimentar el recuadro 7 o el recuadro 8, según el caso, y poner una cruz en la casilla correspondiente.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 4

E 121 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS TITULARES DE PENSIÓN O DE RENTA Y LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS

Reglamento 1408/71: artículo 28.1.a
Reglamento 574/72: artículo 29.1, 2 y 3; artículo 95.4

La institución que debe expedir la certificación conforme al artículo 29.2 del Reglamento 574/72 cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al titular de pensión o de renta, o los hará llegar a la institución del lugar de residencia si el formulario ha sido solicitado por ésta. Si el titular de pensión reside en el Reino Unido, los dos ejemplares del formulario se deberán enviar directamente al Departament of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. En su caso, los dos ejemplares se enviarán en primer lugar a la institución que debe cumplimentar los cuadros 5 y 6. La institución del lugar de residencia, al recibo de los dos ejemplares, cumplimentará su parte B y enviará un ejemplar a la institución mencionada en el recuadro 6.

A. Notificación del derecho

1 Institución del lugar de residencia (2)

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

2

☐ Titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
☐ Titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país de residencia (3) .....
.....
2.4 Fecha de traslado eventual de residencia .....
2.5 Número de afiliación: .....
2.6 ☐ El titular de pensión o de renta depende de un régimen de no asalariados mencionado en el Anexo 11 del Reglamento 574/72

3 Se cumplimentará por la institución deudora de la pensión o de la renta

3.1 El interesado mencionado anteriormente es titular de una pensión o de una renta
☐ de vejez ☐ de invalidez ☐ de supervivencia
☐ de accidente de trabajo ☐ de enfermedad profesional
3.2 desde el .....
3.3 Número de la pensión o de la renta: .....

4 Institución que ha cumplimentado el recuadro 3 (4)

4.1 Denominación: .....

4.2 Dirección (3): .....

.....

4.3 Sello

4.4 Fecha: .....

4.5 Firma

.....

5 Se cumplimentará por la institución deudora de la pensión o de la renta o por la institución del seguro de enfermedad-maternidad del país deudor de la pensión o de la renta

5.1 N° de código de la institución de instrucción (4 bis): .....

5.2 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a partir del .....

5.3 El coste de las prestaciones a servir en su país de residencia, distinto del país competente, estará a cargo nuestro

5.4 A partir del ..... y hasta la anulación de la presente certificación

5.5 ☐ la expedición de la presente certificación pone fin a la validez del formulario E 120 del

.....

6 Institución que ha cumplimentado el recuadro 5

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (3): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

B. Notificación de la inscripción o de la no inscripción

7 (5) ☐

7.1 El interesado mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia no han podido ser inscritos

7.2 ☐ porque el interesado tiene ya derecho a prestaciones en especie en virtud de la legislación de nuestro país

7.3 ☐ otros motivos: .....

.....

.....

E 121

8 (5) ☐

8.1 El interesado designado en el recuadro 2 y los miembros de su familia han sido inscritos

8.2 Miembros de la familia inscritos (6)

	8.3 Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
8.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.10	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.11	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.12 El coste de estas prestaciones corre a cargo de Vds.; la fecha que se tomará como punto de partida para el cálculo de la cantidad mencionada en el artículo 95 del Reglamento 574/72 es el .....

8.13 N° de código de la institución del lugar de residencia (4 bis): .....

9 Institución del lugar de residencia

9.1 Denominación: .....

9.2 Dirección (3): .....

.....

9.3 Sello:

9.4 Fecha: .....

9.5 Firma

.....

E 121

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el titular de pensión o de renta:

a) *Deberá entregar a la mayor brevedad los dos ejemplares del presente formulario a la institución del seguro siguiente:*

En **Bélgica,** *la mutualidad elegida;*

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

En **Alemania (República Federal),** *el «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad);*

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

En **España,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» de su lugar de residencia;*

En **Francia,** *la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si está marcada la casilla del punto 2.6, el organismo autorizado;*

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

En **Italia,** *la «Unità Sanitaria Locale» (USL) (Unidad local de la administración de la sanidad) competente, según el territorio;*

En **Luxemburgo,** *La «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

b) *Deberá Vd. comunicar a la institución del seguro a la que haya entregado el formulario todo cambio de situación que pudiera modificar el derecho a las prestaciones en especie (suspensión o supresión de la pensión o de la renta, cambio de su lugar de residencia o del de un miembro de su familia, etc.).*

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

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

(4) En Francia, en lo que respecta a los trabajadores no asalariados, este recuadro se cumplimentará por la institución del seguro de enfermedad-maternidad.

(4 bis) Completar si se tiene.

(5) Cumplimentar el recuadro 7 o el recuadro 8, según el caso, y poner una cruz en la casilla correspondiente.

(6) A cumplimentar solamente por las instituciones neerlandesas.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la pagina 3

E 122 [ ] (1)

CERTIFICACIÓN PARA LA CONCESIÓN DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE LOS TITULARES DE PENSIÓN O DE RENTA

Miembros de la familia que residen en un Estado miembro distinto al del titular

Reglamento 1408/71: artículo 29.1.a
Reglamento 574/72: artículo 30.1

La institución del seguro de enfermedad del lugar de residencia del titular de pensión o de renta cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al titular o los hará llegar a la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia si el formulario se expide a petición de ésta. Si los miembros de la familia residen en el Reino Unido, los dos ejemplares del formulario se deberán enviar directamente al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. La institución del lugar de residencia al recibo de los dos ejemplares en cuestión, cumplimentará su parte B y entregará un ejemplar a la institución del seguro de enfermedad del lugar de residencia del titular. Si los miembros de la familia residen en varios países diferentes, expedir una certificación distinta para cada uno de esos países.

A. Notificación del derecho

1 (2) Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (3): .....

.....

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

2 [ ] Titular de pensión o de renta (régimen de asalariados)
[ ] Titular de pensión o de renta (régimen de no asalariados)

2.1 Apellido(s) (3 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 Dirección (3) : .....

.....

2.4 Número de afiliación: .....

3 Miembro de la familia (4)

3.1 Apellido(s) (3 bis)

.....

3.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Dirección (3): .....

.....

4 El interesado tiene derecho, para sí mismo o para los miembros de su familia, a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad

5 Para la concesión de estas prestaciones a los miembros de la familia, la presente certificación es válida

[ ] a partir del ..... hasta la recepción de la notificación de su anulación

[ ] 12 meses a partir de su entrega (5)

[ ] hasta el (6) ..... inclusive

6 Institución competente

6.1 Denominación: ..... N° de código (8): .....

6.2 Dirección (3): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

B. Notificación de la inscripción

7 (7) ☐ Los miembros de la familia del titular de pensión o de renta mencionados en el recuadro 2 no han sido inscritos

Motivo

.....

.....

8 (7) ☐ Los siguientes miembros de la familia del titular de pensión o de renta mencionado en el recuadro 2 han sido inscritos

9 Miembros de la familia inscritos

	Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
9.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

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

10.1 Denominación: ..... N° de código (8): .....

10.2 Dirección (3): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

E 122

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el titular de pensión o de renta:

a) *El presente formulario da a los miembros de su familia el derecho a beneficiarse de las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad en el país de su residencia según la legislación de ese país, a menos que tengan ya derecho en virtud de esa misma legislación.*

b) *Cuando los dos ejemplares de este formulario estén en su posesión, deberá Vd. entregarlos a los miembros de su familia; estos deberán presentarlos inmediatamente ante una institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia, es decir:*

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

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

en **Alemania (República Federal),** *el «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (caja local de enfermedad);*

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

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

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

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

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

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional del seguro de enfermedad de los obreros);*

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

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

c) *Este formulario es válido desde la fecha y con la duración indicadas en el punto 5.*

d) *Los miembros de su familia deberán comunicar a la institución de seguro a la que hayan entregado el formulario, todo cambio de situación que pudiera modificar el derecho a las prestaciones en especie y en particular todo cambio de su lugar de residencia.*

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) A cumplimentar solamente cuando el formulario se expida a solicitud de la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia.

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

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

(4) A cumplimentar solamente si los miembros de la familia residen en el Reino Unido; indicar los datos relativos a un miembro de la familia.

(5) En caso de que el formulario se expida por una institución francesa.

(6) En caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores no asalariados.

(7) Cumplimentar el punto 7 o el punto 8 según el caso y poner una cruz en la casilla correspondiente.

(8) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 123 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO CONTRA LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, Y LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Reglamento 1408/71: artículo 52.a; artículo 55.1.a.i, b.i. y c.i
Reglamento 574/72: artículo 60.1; artículo 62.4 y 6; artículo 63.1 y 3

Cuando el formulario ha sido solicitado por la institución del lugar de residencia o de estancia del interesado por medio de un formulario E 107, deberá entregarse a la citada institución; en otros casos, deberá ser remitido al trabajador. Si éste se traslada al Reino Unido, un ejemplar del formulario deberá igualmente dirigirse al Departement of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne.

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

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

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado

2.1 Apellido(s) (3 bis)
.....
2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3 Dirección en el país competente (3)
.....
.....
2.4 Dirección en el país al que el interesado se traslade (3)
.....
.....
2.5 Número de afiliación: .....

3 En razón

3.1 ☐ de los elementos indicados en su formulario E 107 de .....
3.2 ☐ del accidente de trabajo ocurrido el .....
y que ha entrañado las consecuencias siguientes
.....
.....
3.3 ☐ de la enfermedad profesional constatada el .....
y que ha entrañado las consecuencias siguientes
.....
.....
3.4 ☐ de la autorización que hemos concedido al interesado para conservar el beneficio de las prestaciones en especie
en ..... (país), donde él se traslada
☐ para establecer su residencia ☐ para recibir asistencia

4 El trabajador mencionado anteriormente puede beneficiarse de las prestaciones en especie
☐ por accidente de trabajo ☐ por enfermedad profesional

4.1 ☐ durante el período previsto por las disposiciones de la legislación del país de su residencia
4.2 ☐ hasta el .....
4.3 ☐ durante un máximo de tres meses
4.4 ☐ sin limitación de tiempo.

E 123

5 El informe de nuestro médico inspector

5.1 ☐ se adjunta en sobre cerrado

5.2 ☐ se ha enviado el ..... a (4) .....

.....

5.3 ☐ puede sernos solicitado

5.4 ☐ no ha sido expedido

6 Institución competente

6.1 Denominación: ..... N° de código (5): .....

6.2 Dirección (3): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

E 123

INSTRUCCIONES

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

Indicaciones para el asegurado

Deberá Vd. presentar a la mayor brevedad esta certificación a la institución de seguros del país donde se encuentre, es decir:

en **Bélgica** *a la Mutualidad elegida;*

en **Dinamarca,** *la «amtskommune» competente (administración municipal); en el municipio de Copenhague, el «magistrat» en el municipio de Frederiksberg, la «Kommunalbestyrelse». En caso de estancia temporal, la asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico podrá solicitarse sin contacto previo con las citadas instituciones. El formulario deberá presentarse con cada solicitud de prestaciones. La información sobre médicos y dentistas a los que se debe acudir podrán obtenerse del «Stedlige sociale- og sundhedsforvaltning» (oficina local de los servicios sociales y de la sanidad). En caso de tratamiento, presentar el formulario ante la institución que practique el tratamiento;*

en **Alemania (República Federal),** *la «allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja local de enfermedad)*

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

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

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

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

en **Italia**

a) la «Unità Sanitaria locale» (USL) (Unidad local de la administración de la Sanidad) competente según el territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil el «Ministero della sanità-Ufficio di Sanità marittima o aerea» (Ministerio de la sanidad — Oficina de la Sanidad de la marina o de la aviación civil), competente según el territorio;

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

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

en **los Países Bajos,** *una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia; o en caso de estancia temporal, el «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos) en Utrecht. La asistencia del médico, del dentista y del farmacéutico podrá solicitarse sin contacto previo con el ANOZ.*

en **Portugal** *a la «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (caja Nacional de Seguros contra las enfermedades profesionales);*

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se expida a solicitud de la institución del lugar de residencia o de estancia del interesado.

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

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

(4) Denominación y dirección de la institución a la cual se ha dirigido el informe médico.

(5) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en las páginas 2 y 3

E 124 ☐ (1)

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN

Reglamento 1408/71: artículo 65
Reglamento 574/72: artículo 78

1 El abajo firmante

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Número de afiliación (2) .....

1.4 Institución aseguradora (2) (3) .....
.....

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

1.6 Dirección (4): .....
.....

2 Solicita la concesión de un subsidio con motivo de la defunción del (4 bis)

3
☐ Trabajador asalariado
☐ Trabajador no asalariado
☐ Miembro de la familia
☐ Titular de pensión o de renta
☐ Solicitante de pensión o de renta

3.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Número de afiliación (2) (2 bis): .....

3.4 Fecha de la defunción: .....

3.5 Causa de la defunción
☐ enfermedad ☐ accidente ☐ accidente de trabajo
☐ enfermedad profesional ☐ otros casos

3.6 Institución por la que el difunto estaba asegurado (2) (3): .....
.....

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

5 el difunto ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del solicitante del subsidio

6 El fallecido ☐ estaba ☐ no estaba alojado a cambio de retribución
☐ por el solicitante del subsidio
☐ en un establecimiento del cual el solicitante de la prestación es administrador, miembro del personal interno (4 ter)

7 El solicitante del subsidio ☐ es ☐ no es empresario de pompas fúnebres, delegado o mandatario de dicho empresario (4 ter).

8 Los gastos funerarios ascienden a (5): ..... ; han sido pagados por .....

9 Usted encontrará en Anexo los documentos siguientes: .....
.....
.....
.....

10 Fecha: .....

10.1 Firma
.....

E 124

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contengan ninguna mención útil.

Indicaciones para el solicitante:

a) Para obtener el subsidio de defunción deberá Vd., por medio del presente formulario, presentar una solicitud

— sea ante la institución de seguro competente

— sea ante la institución de seguro del lugar donde Vd. se encuentre, es decir:

en **Bélgica,** *una Mutualidad de su elección;*

en **Dinamarca,** *el «Sikringsstyrelsen» (Oficina nacional de la Seguridad Social), en Copenhague;*

en **Alemania (República Federal),** *el «Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (Caja Local de enfermedad);*

en **Grecia,** *la Oficina local del Instituto de seguros sociales (IKA);*

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

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

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

en **Italia,** *la sede provincial del INPS o del INAIL según el caso;*

en **Luxemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Caja nacional de seguro de enfermedad de los obreros);*

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

en **el Reino Unido,** *el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y de Seguridad Social, servicio internacional) en Newcastle-upon-Tyne o el «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales, servicio internacional) en Belfast, según proceda.*

b) Deberá Vd. acompañar a su solicitud los documentos siguientes:

para **Bélgica,** *un extracto del acta de defunción, expedido por la administración municipal,*
las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios,
cualquier documento que demuestre el vínculo de parentesco o afinidad con el fallecido o, en su caso, la cohabitación con él;

para **Dinamarca,** *el acta de defunción,*
las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios

para **Alemania (República Federal)** *el acta de defunción;*

para **Grecia,** *el acta de defunción, la cartilla de sanidad, las cartillas de seguros; en su caso las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios;*

para **España,** *— certificado de defunción*
— certificado acreditativo del parentesco y el de vida en común entre el solicitante y el asegurado o pensionista fallecido, o
— facturas que acrediten el pago de los gastos del sepelio si al solicitante no le uniera grado alguno de parentesco y convivencia con el fallecido;

para **Francia,** *— **en todos los casos,** el «bulletin de décès» (boletín de defunción) del asegurado;*
*— **además,** según el caso*
— si era Vd. esposo o esposa del asegurado, la «fiche familiale» (ficha familiar) del Registro civil
— si es Vd. descendiente suyo (hijo, hija, nieto, etc.), la «fiche familiale» (ficha familiar) del Registro civil que establezca la relación de parentesco con Vd.
— si es Vd. ascendiente suyo (padre, madre, abuelo etc.) su «fiche individuelle» (ficha individual) del Registro civil
— si estaba Vd. a su cargo por otro concepto, una declaración jurada, indicando que Vd. se encontraba totalmente a su cargo, de forma efectiva y permanente;

para **Irlanda,** *el certificado de defunción*
en su caso, el certificado de matrimonio;
el presupuesto o balance de los gastos funerarios o el recibo de esos gastos, si Vd. los ha abonado;

para **Italia,** *el certificado de defunción*
el documento de afiliación
la situación familiar si procede;

para **Luxemburgo,** *el acta de defunción*
las facturas satisfechas relativas a los gastos funerarios;
en su caso, un certificado de la administración municipal que acredite la convivencia doméstica;

para **Portugal,** — **en todos los casos,** *el certificado de fallecimiento y las facturas pagadas relativas a los gastos de sepelio;*
— **además,** según el caso,
— si usted es cónyuge del fallecido o su descendiente, su certificado de nacimiento completo
— si usted es ascendiente a cargo del fallecido, su certificado de ingresos;

para **el Reino Unido,** *el certificado de defunción,*
en su caso, el certificado de matrimonio,
el presupuesto o el balance de gastos funerarios.

NOTAS

(1) Sigla del país de residencia del solicitante del subsidio: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(2) A indicar únicamente cuando se trate de un trabajador o de un titular (o solicitante) de pensión o de renta.

(2 bis) En caso de nacional español titular o solicitante de pensión o renta, indicar el número de su documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(3) Indicar la denominación y la dirección.

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

(4 bis) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cumplimentar la página intercalar.

(4 ter) Se cumplimentará cuando el subsidio se solicite en virtud de la legislación belga, si el solicitante del subsidio no es el cónyuge o un pariente o afín hasta el tercer grado del fallecido.

(5) A indicar en la moneda del país de residencia del solicitante de subsidio.

E 124 Intercalar

DATOS COMPLEMENTARIOS
PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

1 Cónyuge

1.1 Estado civil

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

1.2 Cuando se produjo el fallecimiento, ¿vivía él/ella con el fallecido/a y a cargo del mismo/a?

☐ Sí ☐ No

2 Niños que tienen derecho a los subsidios familiares

	Apellido(s)	Nombre	Vínculo de parentesco	Fecha de nacimiento	Grado de enseñanza	Hijo incapacitado
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 125 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS

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

Cumplimentar un formulario por beneficiario

1 Factura nº ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2º semestre del ejercicio 19.....

2 Institución competente destinataria

2.1 Denominación: ..... Nº de código (2 bis): .....
2.2 Dirección (3): .....
.....

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Miembro de la familia (4) ☐ Solicitante de pensión o de renta
☐ Trabajador no asalariado ☐ Titular de pensión o de renta (4) ☐ otros

3.1 Apellido(s) (4 bis)
.....
3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (4 bis) ..... Fecha de nacimiento .....
3.3 Dirección (3) .....
.....
3.4 Dirección (3) en el país competente: .....
.....
3.5 Número de afiliación (4 ter): .....

4 Miembro de la familia (5)

4.1 Apellido(s) (4 bis)
.....
4.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

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

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a y 3 ☐ 22.1.b y 3 ☐ 22.1.c y 3
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 ☐ 55.1

a la vista de los formularios siguientes que nos han sido enviados

5.2 ☐ Formulario E..... del ..... ☐ Formulario E 117 del .....
válido del ..... al .....

5.3 La persona indicada ☐ en el recuadro 3 ☐ en el recuadro 4

se ha sometido al reconocimiento médico solicitado el .....

E 125

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

7	Institución acreedora	
7.1	Denominación:	N° de código (9): .....
7.2	Dirección (3):	
	.....	
7.3	Sello	
		7.4 Fecha: .....
		7.5 Firma
		.....

8	Reservado a la institución del país competente

E 125

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(2 bis) Completar si se conoce.

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

(4) Señalar también el cuadro «asalariado» o «no asalariado» con el fin de identificar el régimen. Estas distinciones no tienen objeto para Dinamarca y Alemania.

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

(4 ter) Para nacionales españoles titulares o solicitantes de pensión o renta, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

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

(6) Indicar el importe en la moneda nacional.

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

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

(9) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 126 ☐ (1)

TARIFAS PARA EL REEMBOLSO DE PRESTACIONES EN ESPECIE

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

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

A. Solicitud

1 Institución destinataria (2)

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (3): .....

.....

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

2.1 Apellido(s) (3 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (3 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

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

3 Miembros de la familia que han recibido asistencia

	3.1 Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

E 126

4 El interesado mencionado aquí abajo
4.1 durante una estancia en ..... (país)
4.2 en ..... (localidad)
4.3 ha pagado él mismo las prestaciones que le han sido necesarias
4.4 Él es ☐ viudo ☐ inválido (4)
4.5 y dispone de unos ingresos de ..... (4)

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

6 Adjuntos ..... recibos

7 Institución competente

7.1 Denominación: ..... Nº de código (4 bis): .....
7.2 Dirección (3): .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

B. Respuesta

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

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

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

11 Institución del lugar de estancia

11.1 Denominación: .....
11.2 Dirección (3): .....
.....
11.3 Sello

11.4 Fecha: .....
11.5 Firma
.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

— *en* **Bélgica,** *el Institut national d'assurance maladie-invalidité (Instituto nacional de seguro de enfermedad-invalidez) (INAMI), Bruselas;*

— *en* **Dinamarca,** *el Sikringsstyrelsen (Oficina nacional de la Seguridad Social), Copenhague;*

— *en* **Alemania (República Federal),** *el Bundesverband der Ortskrankenkassen (Federación nacional de cajas locales de enfermedad), Bonn;*

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

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

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

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

— *en* **Italia,** *el Ministero della Sanità (Ministerio de Sanidad), Roma;*

— *en* **Luxemburgo,** *la Inspection générale de la sécurité sociale (Inspección general de Seguridad Social), Luxemburgo;*

— *en los* **Países Bajos,** *el Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ) (Mutualidad general de enfermedad de los Países Bajos), en Utrecht;*

— *en* **Portugal,** *el «Departamento de Relações Internacionais e Convençoes de Segurança Social» (Departamento de Relaciones Internacionales y Convenciones de Seguridad social), Lisboa.*

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

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

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

(4 bis) Completar si se tiene.

(5) Indicar el importe total.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 127 ☐ (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE CANTIDADES GLOBALES MENSUALES

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

1

Estado nº ..... del año 19 ..... (2)

2 Institución competente

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

3 El derecho a las prestaciones en especie queda abierto por ser

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

3.1 Apellido(s) (4)
.....

3.2 Nombre ..... Apellido de soltera (4) ..... Fecha de nacimiento .....

3.3 Número de afiliación atribuido por la institución competente: .....

4 Dirección de la familia del trabajador o del titular de pensión o de renta y de su familia (3)

.....
.....

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

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

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

7 Institución acreedora

7.1 Denominación : ..... Nº de código (5) : .....
7.2 Dirección (3) : .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

E 127

8 Reservado a la institución competente

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta (en 3 ejemplares) utilizando únicamente las líneas de puntos.

El presente formulario lo expedirá la institución del lugar de residencia y tendrá una duración de un año civil. Ésta lo dirige a la institución competente por mediación del organismo designado para la aplicación del artículo 102 apartado 2 del Reglamento 574/72.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(3 bis) Completar si se conoce.

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

(5) Completar si se tiene.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 201 ☐ (1)

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

Reglamento 1408/71: artículo 9.2; artículo 15.3
Reglamento 574/72: artículo 6.2

Certificación a expedir por la institución o instituciones de los Estados miembros donde el interesado ha estado asegurado y a solicitud de éste. Se entregará por el interesado a la institución del Estado miembro correspondiente para su admisión al seguro voluntario o facultativo continuado en caso de invalidez, de vejez y de defunción (pensión).

1 Trabajador

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad (2) ..... D.N.I. (2 bis) .....

1.4 Dirección (3): .....

1.5 Número de afiliación: .....

2 Última actividad que haya dado lugar a seguro (4)

2.1 ☐ Naturaleza de la actividad asalariada .....

2.2 Empresario (nombre o razón social): .....

2.3 ☐ Naturaleza de la actividad no asalariada: .....

2.4 Dirección (3): .....

3 El trabajador mencionado en el recuadro 1 ☐ está ☐ ha estado asegurado por nosotros

del / al	períodos (5)	en calidad de (4) (6)	Naturaleza del seguro (7)	para las contingencias de (8)
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				

4 El trabajador mencionado en el recuadro 1 ha cubierto los períodos de residencia siguientes (9):

del	al	Duración		
		Año	mes	días

5

5.1 El interesado ☐ ha presentado ☐ no ha presentado
en otro Estado miembro una solicitud de inscripción a un seguro voluntario o facultativo continuado

en caso afirmativo, indicar

5.2 el país .....

5.3 la contingencia (8) .....

6 (6)

6.1 El interesado ☐ percibe ☐ no percibe

6.2 ☐ una pensión de invalidez

6.3 ☐ una pensión de vejez

6.4 Fecha de efectos de la pensión .....

7 Institución que expide la certificación

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección (3): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

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

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

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

(4) Si la certificación se expide por una institución belga, francesa, irlandesa o del Reino Unido, los datos facilitados resultan de la información dada por el mismo trabajador.

(5) Indicar el número de trimestres, meses, semanas, días, según las modalidades de las legislaciones nacionales.

(6) A cumplimentar únicamente en caso de que el formulario se destine a una institución alemana, griega o española.

(7) Indicar la naturaleza del seguro utilizando el código siguiente:
A = obligatorio; B = voluntario; C = facultativo continuado.

(8) Indicar las contingencias cubiertas utilizando el código siguiente:
D = invalidez; E = vejez; F = defunción.

(9) A cumplimentar únicamente si la certificación se expide por una institución danesa.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en las páginas 5 y 6

E 202 ☐ (1)

País	Número de afiliación (2)	Institución correspondiente (en su caso, organismo de enlace)
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....

TRAMITACIÓN DE UNA SOLICITUD DE PENSIÓN DE VEJEZ

Reglamento 1408/71: artículo 10.2; artículos 44 a 50; artículo 77
Reglamento 574/72: artículos 36 a 38; artículos 41 a 43; artículos 45 a 47; artículo 49, artículo 90 (*); artículo 111

A cumplimentar por la institución de instrucción, que entregará un ejemplar a cada una de las instituciones por las que el trabajador ha estado asegurado (institución correspondiente) o al organismo de enlace.

1 Institución destinataria (según el caso, institución correspondiente u organismo de enlace)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....

A. Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido(s) (4) .....
2.2 Apellido de soltera (4) .....
2.3 Nombre (5) .....
2.4 Apellidos anteriores (6) .....
2.5 Sexo (7) .....
2.6 Apellido(s) y nombre del padre (8) .....
2.7 Apellido(s) y nombre de la madre (8) .....
2.8 Estado civil

☐ soltero
☐ casado desde (9bis) .....
☐ divorciado que ha contraído nuevas nupcias (9) (9 bis) .....
☐ divorciado que no ha contraído nuevas nupcias (9) (9 bis) .....
☐ separado desde (9 bis) .....
☐ viudo desde (9 bis) .....

3 Nacionalidad (10): ..... D.N.I. (10 bis): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (11): .....
4.2 Localidad (12): .....
4.3 Provincia o departamento (13): .....
4.4 País (14): .....

5 Dirección (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente de la institución de instrucción: .....

(*) Este artículo no es de aplicación para los Países Bajos.

7

7.1 ☐ El asegurado continúa ejerciendo una actividad profesional ☐ asalariada ☐ no asalariada

7.2 ☐ El asegurado ya no ejerce actividad profesional ☐ asalariada ☐ no asalariada desde el .....

7.3 ☐ El asegurado piensa dejar de ejercer una actividad ☐ asalariada ☐ no asalariada el .....

7.4 ☐ El asegurado ejerce una actividad remunerada (16)
☐ que conlleva la afiliación obligatoria al seguro de pensión (16 bis)

7.5 ☐ El asegurado piensa ejercer una actividad (17)
☐ asalariada ☐ no asalariada (precisar su naturaleza) .....

7.6 Importe ☐ del salario ☐ de los ingresos profesionales ☐ otros ingresos:
..... (18)

7.7 Naturaleza de los otros ingresos .....

8.1 El asegurado	ha solicitado las prestaciones siguientes	y/o percibe las prestaciones siguientes
8.2 continuación del pago del salario en caso de enfermedad	☐	☐
8.3 indemnizaciones del seguro de enfermedad por incapacidad del trabajo	☐	☐
8.4 indemnizaciones en caso de reeducación	☐	☐
8.5 pensión de invalidez	☐	☐
8.6 pensión de vejez	☐	☐
8.7 pensión de supervivencia	☐	☐
8.8 renta de accidente de trabajo o enfermedad profesional	☐	☐
8.9 prestaciones de desempleo	☐	☐
8.10 reembolso de cotizaciones	☐	☐

8.11 instituciones deudoras de las prestaciones mencionadas en los puntos 8.3 a 8.9
[denominación, dirección (3)]:
ad 8... .....
ad 8... .....
ad 8... .....
ad 8... .....

8.12 Información complementaria relativa a las prestaciones mencionadas en los puntos 8.3 a 8.9

	Número de referencia	Período o fecha de efecto	Importe
ad 8.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 8.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 8.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 8.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual

8.13 Se consideran como avance sobre la pensión solicitada

☐ las indemnizaciones de seguro de enfermedad, para la incapacidad para el trabajo

☐ las prestaciones de desempleo

☐ .....

9 Datos que se deben proporcionar para las necesidades de las instituciones alemanas, griegas, españolas, francesas (9.1 y 9.2) y portuguesas (9.2)

9.1	El solicitante	(19)	☐	Se declara no apto para el trabajo; se adjunta expediente médico
		(19)	☐	no se declara no apto para el trabajo
9.2	El solicitante	(19)(19bis)	☐	declara que precisa la ayuda de una tercera persona para realizar uno de los actos ordinarios de la vida; se adjunta un expediente médico
		(19)	☐	declara que no precisa la ayuda de una tercera persona para realizar uno de los actos ordinarios de la vida

B. Información relativa a los miembros de la familia del asegurado

10 Cónyuge

10.1 Apellido(s) (4)

.....

10.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Sexo .....

10.3 Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento (12): .....

10.4 Dirección (3): .....

.....

10.5 Fecha de matrimonio .....

10.6 El cónyuge ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad profesional

10.7 En caso afirmativo, importe de sus ingresos

☐ por semana (20) ..... ☐ por año (21): .....

10.8 El cónyuge, de 60 o 65 años se declara

☐ apto ☐ no apto para el trabajo (19)

10.9 El cónyuge

☐ ha presentado una solicitud de pensión o de renta del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

☐ es titular de una pensión o de una renta del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

☐ no es titular de pensión o de renta

En caso afirmativo

10.10 naturaleza de la pensión o de la renta (22): .....

10.11 número de la pensión o de la renta (10 bis): .....

10.12 institución deudora .....

10.13 importe ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual .....

10.14 El cónyuge ☐ percibe ☐ no percibe otras prestaciones (23)

☐ desempleo ☐ enfermedad ☐ invalidez ☐ otras

10.15 Otros ingresos conocidos Naturaleza .....

Importe (24) .....

11 Hijos

11.1	Apellido(s) (4)	Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo de parentesco
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

11.2 Es competente para la concesión de las prestaciones en virtud del artículo 77 del Reglamento 1408/71

☐ la institución de instrucción

☐ la institución designada a continuación .....

11.3 La institución de instrucción

☐ para los hijos indicados en las líneas nos ..... de la rúbrica 11.1, concede prestaciones hasta ..... incluido

☐ no concede prestaciones para los hijos indicados en las líneas nos ..... de la rúbrica 11.1 (25)

☐ todavía no ha tomado una decisión en lo relativo al derecho a las prestaciones

11.4 Dirección (3) (26): .....

.....

11.5 Observaciones (27) (28): .....

C. Informaciones diversas

12 ☐ Fecha de presentación de la presente solicitud: .....

☐ Fecha de efecto de la pensión o de la renta elegida por el solicitante (29): .....

☐ Fecha de efecto de la pensión o de la renta: .....

13 El solicitante ☐ ha pedido ☐ no ha pedido

que se aplace la liquidación de una pensión de vejez a que tendría derecho

En caso afirmativo, indicar el país .....

14 La institución de instrucción ☐ abona ☐ no abona

prestaciones a título provisional según el artículo 45.1 del Reglamento 574/72

14.1 En caso negativo, se ruega a las instituciones procedentes que verifiquen si es posible abonar prestaciones a título provisional según el artículo 45.2 del Reglamento 574/72

15 ☐ Ha lugar a ☐ No ha lugar a

proceder a retenciones por compensación, conforme al artículo 111 del Reglamento 574/72

15.1 Los posibles atrasos de pensiones

☐ pueden ☐ no pueden

pagarse directamente al beneficiario

15.2 Referencia bancaria o dirección para el pago directo .....

16 Adjunto formulario ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

17	Institución de instrucción

17.1 Denominación: .....

.....

17.2 Dirección (3): .....

.....

17.3 Sello

17.4 Fecha: .....

17.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, uitilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 6 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Si el formulario se destina a una institución danesa, indicar el número CPR y eventualmente el número ATP.

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

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

(5) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

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

(7) M = masculino; F = femenino.

(8) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no haya nacido en el territorio metropolitano francés.

(9) Se cumplimentará en la medida de lo posible por necesidad de las instituciones alemanas, belgas, francesas, italianas luxemburguesas y neerlandesas. Cuando la información no pueda obtenerse de la institución de instrucción, la institución competente se dirigirá directamente al interesado.

(9 bis) Para las necesidades de las instituciones belgas, precisar igualmente la fecha al lado de la casilla correspondiente.

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

(10 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(11) El día y el mes se expresan cada uno con dos dígitos, el año con cuatro cifras (por ejemplo: 1 de agosto de 1921 = 01.08.1921).

(12) Para las ciudades francesas que comprendan varios distritos, indicar el número de distrito (por ejemplo: París 14). Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

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

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

(15) Si el formulario se dirige a una institución danesa, indicar la última dirección del solicitante en Dinamarca en el recuadro que figura a continuación:

Dirección (3): .....

.....

(16) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, griegas, españolas, irlandesas, portuguesas y del Reino Unido.

(16 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas.

(17) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, españolas, irlandesas y portuguesas.

(18) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas, danesas, francesas (importe anual), alemanas, griegas y portuguesas (importe mensual).

(19) Las instituciones alemanas, españolas, francesas y griegas podrán solicitar ulteriormente un formulario E 213.

(19 bis) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cumplimentar también la página E 202/Intercalar 2.

(20) A cumplimentar únicamente por necesidad de las instituciones irlandesas o del Reino Unido.

(21) A cumplimentar por necesidad de las instituciones danesas, españolas, francesas, italianas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas.

(22) Por necesidad de las instituciones españolas y francesas, indicar la naturaleza de la contingencia (invalidez, vejez) y la naturaleza del derecho (propio o derivado).

(23) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas, danesas, españolas, francesas, irlandesas, italianas, neerlandesas, portuguesas y del Reino Unido.

(24) A cumplimentar por necesidad de las instituciones danesas, españolas, neerlandesas (importe anual), francesas (importe trimestral), italianas y portuguesas (importe mensual).

(25) Por necesidad de las instituciones italianas, cumplimentar la hoja Intercalar 1.

(26) Indicar la dirección común. Si uno de los hijos reside en domicilio diferente, indicarlo en el recuadro siguiente:

Apellido(s) y nombre: .....

Dirección (3): .....

.....

(27) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar si el hijo inválido es, además, titular de una pensión de invalidez por derecho propio.

(28) Indicar si el hijo está casado, enfermo, ha fallecido (fecha de la defunción) es aprendiz o continúa sus estudios.

(29) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, francesas, italianas y portuguesas.

E 202 Intercalar 1

RECUADRO 11 «HIJOS»
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA NECESARIA PARA LAS INSTITUCIONES ITALIANAS

A cumplimentar cuando la institución de instrucción no esté obligada al pago de las prestaciones por hijos mencionadas en el artículo 77 del Reglamento 1408/71.

1 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1 ejercen una actividad profesional

1.1 Por cada hijo, indicar:
naturaleza de los ingresos .....

importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año .....

2 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1 perciben otros ingresos

2.1 Por cada hijo, indicar.
naturaleza de los ingresos .....

importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año .....

3 ☐ Por los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1, la persona siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

tiene derecho a prestaciones o subsidios familiares en virtud del ejercicio de una actividad profesional
(artículo 79, párrafo 3, del Reglamento 1408/71)

3.1 Dichas prestaciones o subsidios familiares se deben por la institución siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

E 202 Intercalar 2

RECUADRO 9 (9.2)
DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

Deberá cumplimentarse cuando el solicitante haya declarado que tiene necesidad de la asistencia de una tercera persona para efectuar los actos ordinarios de la vida.

1 Identificación de la tercera persona

1.1 Apellido(s) .....

Nombre .....

1.2 Dirección (calle, número, código postal, localidad, país) .....

.....

2 Información de la institución de instrucción

2.1 ☐ Hemos comprobado que la persona antes citada es la tercera persona que ayuda efectivamente al solicitante a efectuar los actos ordinarios de su vida (asistencia en la higiene personal, alimentación, locomoción, etc.)

2.2 ☐ No se ha comprobado la ayuda efectiva al solicitante por la tercera persona antes mencionada.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» páginas 5 y 6

E 203 ☐ (1)

País	Número de afiliación (2)	Institución correspondiente (en su caso, organismo de enlace)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

TRAMITACIÓN DE UNA SOLICITUD DE PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA

Reglamento 1408/71: artículo 10.2; artículos 44 a 50; artículo 78
Reglamento 574/72: artículos 36 a 38; artículo 41 a 43; artículos 45 a 47; artículo 49; artículo 90 (*); artículo 111

A cumplimentar por la institución de instrucción, que entregará un ejemplar a cada una de las instituciones por las que el trabajador ha estado asegurado (instituciones correspondientes) o al organismo de enlace.

1 Institución destinataria (según el caso, institución correspondiente u organismo de enlace)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....

A. Información relativa al asegurado fallecido

2

2.1 Apellido familiar (4): .....
2.2 Apellido de nacimiento (4): .....
2.3 Nombres (5): .....
2.4 Apellidos anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (8): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (8): .....
2.8 Estado civil

☐ soltero
☐ casado desde (9 bis) .....
☐ divorciado que ha contraído nuevas nupcias el (9) (9 bis) .....
☐ divorciado que no ha contraído nuevas nupcias (9) (9 bis) .....
☐ separado desde (9 bis) .....
☐ viudo desde (9 bis) .....

3 Nacionalidad (10): ..... D.N.I. (10 bis): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (11): .....
4.2 Localidad (12): .....
4.3 Provincia o departamento (13): .....
4.4 País (14): .....

5 Dirección (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente de la institución de instrucción: .....

(*) Este artículo no es de aplicación para los Países Bajos.

7 En la fecha de la defunción, el asegurado
☐ ejercía ☐ ya no ejercía una actividad profesional

8

8.1 Fecha y lugar de la defunción: .....

8.2 La defunción (16) ☐ se presume ☐ no se presume
que es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional

8.3 La defunción (17) ☐ se presume ☐ no se presume
que haya sido causada por un tercero responsable

8.4 En caso de ausencia ☐ fecha de las últimas noticias .....
☐ fecha fija para la declaración de la defunción probable (18) (18 bis) .....

9

9.1 En la fecha de la celebración del matrimonio, el asegurado (19) ☐ era ☐ no era
titular de una pensión o de una renta del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

9.2 En la fecha de su defunción, el asegurado ☐ era ☐ no era
titular de una pensión o de una renta del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

En caso afirmativo,

9.3 — Naturaleza de la pensión o de la renta .....

9.4 — Número de la pensión o de la renta .....

9.5 — Institución deudora .....
.....

9.6 — Fecha de efecto .....

9.7 — En su caso, fecha de cesación .....

10 El asegurado ☐ había solicitado ☐ no había solicitado
el aplazamiento de la liquidación de una pensión de vejez a la que hubiera tenido derecho
(En caso afirmativo, indicar el país: .....)

10.1 El asegurado había
☐ solicitado ☐ obtenido un reembolso de cotizaciones

10.2 El cónyuge ha
☐ solicitado ☐ obtenido un reembolso de cotizaciones

B. Información relativa a los derechohabientes

11 Viuda o viudo (19 bis) u otros derechohabientes, a excepción de los hijos (20) (21)

11.1 Apellido(s) (4)
.....

11.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Lugar de nacimiento (12) .....

11.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (10 bis) .....

11.4 Dirección (3) (22): .....
.....

11.5 Fecha de matrimonio: .....

11.6 En su caso, fecha ☐ de separación (22 bis) ☐ del divorcio .....

11.7 En su caso, fecha de nuevas nupcias .....

11.8 Apellido y nombres del nuevo cónyuge .....

11.9 Vínculo de parentesco y estado civil (para derechohabientes distintos al viudo o la viuda)
.....

12

12.1 La persona mencionada en el recuadro 11

12.2 ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad asalariada

12.3 ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad no asalariada

12.4 En caso afirmativo, importe de los ingresos anuales (23) .....

12.5 La persona mencionada en el recuadro 11

12.6 ☐ estaba ☐ no estaba a cargo del asegurado fallecido (24)

12.7 ☐ padece ☐ no padece

☐ una incapacidad permanente para el trabajo

☐ una incapacidad temporal para el trabajo de más de 3 meses (25)

12.8 ☐ precisa (25 bis) ☐ no precisa la asistencia de una tercera persona (26)

12.9 La persona mencionada en el recuadro 11

☐ percibe la pensión o la renta del ..... al .....

☐ no percibe la pensión o la renta

12.10 Naturaleza de la pensión o de la renta (27) .....

12.11 Número de la pensión o de la renta .....

12.12 Importe en la fecha de presentación de la solicitud .....

12.13 Institución deudora .....

12.14 La persona mencionada en el recuadro 11 (28)

☐ tiene derecho a una pensión de supervivencia a cargo del seguro de accidentes

Institución deudora .....

Número de la pensión o de la renta .....

12.15 La viuda (29)

☐ tiene a su cargo un hijo ☐ no tiene a su cargo un hijo

por el cual percibe prestaciones familiares o una pensión de orfandad

12.16 Institución deudora .....

12.17 Fecha prevista de parto, si la persona mencionada en el recuadro 11 está encinta

.....

13

13.1 Otros recursos de la viuda/viudo: naturaleza .....

importe (30): .....

☐ ninguno

13.2 Otros recursos conocidos de los demás derechohabientes

naturaleza: .....

importe (30): .....

14 Hijos ([31])

14.1	Apellido(s) ([4])	Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo de parentesco
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

14.2 Es competente para la concesión de las prestaciones en virtud del artículo 77 del Reglamento 1408/71

☐ la institución de instrucción

☐ la institución designada a continuación .....

14.3 La institución de instrucción

☐ para los hijos indicados en las líneas nºs ..... de la rúbrica 14.1, concede prestaciones hasta ..... incluido

☐ no concede prestaciones para los hijos indicados en las líneas nºs ..... de la rúbrica 14.1 ([32])

☐ todavía no ha tomado una decisión en lo relativo al derecho a las prestaciones

14.4 Dirección ([3]) ([33]): .....

.....

14.5 Observaciones ([34]) ([34 bis]) ([34 ter]): .....

C. Informaciones diversas

15 ☐ Fecha de introducción de la presente solicitud .....

☐ Fecha de efecto de la pensión o de la renta .....

16 La institución de instrucción ☐ otorga ☐ no otorga prestaciones a título provisional según el artículo 45.1 del Reglamento 574/72

16.1 En caso negativo, se ruega a las instituciones correspondientes que verifiquen si es posible abonar prestaciones a título provisional según el artículo 45.2 del Reglamento 574/72

17 ☐ Se debe ☐ No se debe proceder a retenciones por compensación, conforme al artículo 111 del Reglamento 574/72

17.1 Los posibles atrasos de pensiones

☐ pueden ☐ no pueden

pagarse directamente al beneficiario

17.2 Referencia bancaria o dirección para el pago directo .....

18 Se adjunta formulario ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

19 Institución de instrucción

19.1 Denominación: .....

.....

19.2 Dirección ([3]): .....

.....

19.3 Sello

19.4 Fecha: .....

19.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 6 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Si el formulario se destina a una institución danesa, indicar el número CPR y eventualmente el número ATP del asegurado fallecido.

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

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

(5) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

(6) A indicar especialmente en caso de adopción o de utilización de sobrenombres aceptados en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y en el orden del Registro civil.

(7) M = masculino; F = femenino.

(8) Información necesaria cuando el trabajador sea un nacional español o un nacional francés que no haya nacido en territorio metropolitano francés.

(9) A cumplimentar, en la medida de lo posible por necesidad de las instituciones belgas, alemanas, francesas, italianas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas. Cuando la información no esté disponible en la institución de instrucción, la institución competente se dirigirá directamente al interesado.

(9 bis) Para las necesidades de las instituciones belgas, precisar igualmente la fecha al lado de la casilla correspondiente.

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

(10 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad si se posse, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(11) El día y el mes se expresan por medio de dos dígitos, el año por cuatro dígitos (por ejemplo: 1 de agosto de 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Para las ciudades francesas que incluyan varios distritos, indicar el número de distrito (por ejemplo: París 14). Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(13) Información obligatoria para los asegurados de nacionalidad española, francesa o italiana; este punto incluye, según los países, la indicación de pertenencia territorial del lugar de nacimiento (por ejemplo, en lo que se refiere a Francia, para un municipio de nacimiento, Lille, es preciso indicar el departamento de nacimiento, Nord, asociado al código departamental si el asegurado lo conoce, es decir, en este caso, «59»). La información facilitada será entonces «Nord 59»). Para los nacidos en España, indicar solamente la provincia.

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

(15) Si el formulario se dirige a una institución danesa, indicar, en el recuadro de aquí abajo, la última dirección en Dinamarca del asegurado fallecido:

Dirección (3): .....
.....

(16) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, griegas, españolas, irlandesas, italianas, luxemburguesas, portuguesas y del Reino Unido.

(17) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, griegas, españolas, luxemburguesas y portuguesas.

(18) Por necesidad de las instituciones griegas y francesas, indicar la fecha de declaración de la desaparición a las autoridades de policía.

(18 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar también las circunstancias de la desaparición.

(19) A cumplimentar por necesidad de las instituciones francesas, griegas y luxemburguesas.

(19 bis) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cumplimentar también la página Intercalar 3.

(20) Si hay varias personas a indicar en el recuadro 11, intercalar una o varias páginas 2 y 3 suplementarias, debiendo cumplimentarse dos recuadros 11 y 12 por cada una de dichas personas. A este respecto, se señala que en los Países Bajos la viuda y la esposa divorciada o separada pueden tener derecho a la pensión de viudedad, si tienen menos de 65 años. Las viudas, las mujeres divorciadas o separadas de más de 65 años pueden tener derecho a la pensión de vejez. En ese caso, se deberá expedir un formulario E 202 a nombre de la mujer.

(21) Por necesidad de las instituciones italianas, cumplimentar también la hoja Intercalar 1.

(22) Si el formulario se dirige a una institución danesa, indicar la última dirección de la persona con derecho en Dinamarca:

Dirección (3) .....
.....

(22 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar la naturaleza del acto, según se trate de una separación de hecho o de derecho.

(23) A cumplimentar por necesidad de las instituciones danesas y francesas.

(24) A cumplimentar por necesidad de las instituciones alemanas, griegas, españolas, francesas, italianas y luxemburguesas.

(25) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas y neerlandesas.

(25 bis) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cumplimentar también la página Intercalar 4.

(26) A cumplimentar por necesidad de las instituciones griegas, francesas, irlandesas y del Reino Unido.

(27) Por necesidad de las instituciones alemanas, españolas, francesas y portuguesas, precisar si se trata de un beneficio personal o derivado.

(28) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas, alemanas, luxemburguesas y portuguesas.

(29) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas, alemanas, francesas y luxemburguesas.

(30) A cumplimentar por necesidad de las instituciones danesas y españolas (cuantía anual), francesas (cuantía trimestral), alemanas e italianas (cuantía mensual).

(31) A cumplimentar por necesidad de las instituciones danesas, alemanas, francesas, griegas, españolas, irlandesas, neerlandesas, portuguesas y del Reino Unido.

(32) Por necesidad de las instituciones italianas, cumplimentar también la hoja Intercalar 2.

(33) Indicar la dirección común. Si uno de los hijos reside en una dirección diferente, indicarlo en el recuadro de aquí abajo:

Apellido y nombres .....
Dirección (3) .....
.....

(34) Indicar si el hijo está casado, enfermo, fallecido (fecha de la defunción), es aprendíz o si continúa sus estudios. Para las necesidades de las instituciones portuguesas, en el caso de un hijo enfermo que tenga necesidad de la asistencia de una tercera persona, cumplimentar la página Intercalar 4.

(34 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar si el hijo inválido es, además, titular de una pensión de invalidez por derecho propio.

(34 ter) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, si uno de los hijos tiene un representante legal distinto al de los otros hijos, se indicará en el recuadro que figura a continuación:

Hijo
— Apellido(s): .....
— Nombre: .....
Representante legal
— Apellido(s): .....
— Nombre .....
— Dirección (3): .....
.....

E 203 Intercalar 1

RECUADRO 11 «DERECHOHABIENTES DISTINTOS DE LOS HIJOS»
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA POR NECESIDAD DE LAS INSTITUCIONES ITALIANAS

A cumplimentar cuando la solicitud de pensión sea presentada en el extranjero por el progenitor superviviente, por los hermanos solteros o las hermanas solteras del trabajador fallecido.

1 — Si el solicitante es un progenitor superviviente, indicar si el trabajador tiene como superviviente(s)

☐ el cónyuge	☐ sí	☐ no
☐ los hijos	☐ sí	☐ no

2 — Si el solicitante es un hermano del trabajador fallecido, indicar si éste tiene como superviviente(s)

☐ el cónyuge	☐ sí	☐ no
☐ los hijos	☐ sí	☐ no
☐ los padres	☐ sí	☐ no

E 203 Intercalar 2

RECUADRO 14 «HIJOS»
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA POR NECESIDAD DE LAS INSTITUCIONES ITALIANAS

A cumplimentar cuando la institución de instrucción no esté obligada al pago de prestaciones por orfandad mencionadas en el artículo 70 del Reglamento 1408/71.

1 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 14.1 ejercen una actividad profesional

1.1 Por cada hijo, indicar:
naturaleza de los ingresos .....
importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año .....

2 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 14.1 perciben otros ingresos

2.1 Por cada hijo, indicar:
naturaleza de los ingresos .....
importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año .....

3 ☐ Por los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 14.1, la persona siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

tiene derecho a prestaciones o subsidios familiares en virtud del ejercicio de una actividad profesional (artículo 79, párrafo 3, del Reglamento 1408/71)

3.1 Estas prestaciones o subsidios familiares son debidos por la institución siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

E 203 Intercalar 3

RECUADRO 11

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

Se cumplimentará cuando se presente la solicitud por el viudo o la viuda del asegurado/a.

1 ☐ La viuda o el viudo vivía con el asegurado/a fallecido/a y a su cargo

2 ☐ La viuda o el viudo no vivía con el asegurado/a fallecido/a y a su cargo

2.1 ☐ Ha abandonado a los hijos del matrimonio

2.2 ☐ No ha abandonado a los hijos del matrimonio

2.3 ☐ Vive o ha vivido maritalmente después del fallecimiento del asegurado/a (1)

2.4 ☐ No vive y no ha vivido maritalmente después del fallecimiento del asegurado/a (1)

3 ☐ Las informaciones solicitadas en los puntos 2.1 a 2.4 han sido obtenidas en base a informaciones dadas por la viuda/el viudo que presenta la solicitud de pensión de superviviente

NOTA

(1) Para el Reino Unido, la presentación de una solicitud de pensión de viuda se considera como una declaración de que no vive maritalmente desde el fallecimiento de su marido.

E 203 Intercalar 4

RECUADRO 14 (14.5)

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

Se cumplimentará cuando el solicitante haya declarado que tiene necesidad de la asistencia de una tercera persona para efectuar los actos ordinarios de la vida.

1 Identificación de la tercera persona

1.1 Apellido(s): .....

Nombre: .....

1.2 Dirección (calle, número, código postal, localidad, país): .....

.....

2 Información de la institución de instrucción

2.1 ☐ Hemos comprobado que la persona antes mencionada es la tercera persona que ayuda efectivamente al solicitante a efectuar los actos ordinarios de su vida (asistencia en la higiene personal, alimentación, locomoción, etc.)

2.2 ☐ No se ha comprobado la ayuda efectiva al solicitante por la persona antes mencionada

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» páginas 5 y 6

E 204 ☐ (1)

Países	Número de afiliación (2)	Institución correspondiente (en su caso, organismo de enlace)
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....

TRAMITACIÓN DE UNA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

Reglamento 1408/71: artículo 10.2; artículos 44 a 50; artículo 77
Reglamento 574/72: artículos 36 a 38; artículos 41 a 43; artículos 45 a 47; artículo 49; artículo 90 (*); artículo 111

A cumplimentar por la institución de instrucción, que enviará un ejemplar a cada una de las instituciones en las cuales haya estado afiliado el trabajador (instituciones correspondientes) o al organismo de enlace.

1 Institución destinataria (en su caso, institución correspondiente u organismo de enlace)

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....

A. Información relativa al asegurado

2

2.1. Apellido familiar (4): .....
2.2 Apellido de nacimiento (4): .....
2.3 Nombres (5): .....
2.4 Nombres anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (8): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (8): .....
2.8 Estado civil:

☐ soltero ☐ divorciado que ha contraído nuevas nupcias (9) ☐ separado
☐ casado ☐ divorciado que no ha contaído nuevas nupcias (9) ☐ viudo

3 Nacionalidad (10): ..... D.N.I. (10 bis): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (11): .....
4.2 Localidad (12): .....
4.3 Provincia o departamento (13): .....
4.4 País (14): .....

5 Dirección (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente de la institución de instrucción : .....

(*) Este artículo no es de aplicación para los Países Bajos.

7 Fecha en la que se fija la iniciación de la invalidez: .....

7.1 Fecha del principio de la incapacidad para el trabajo seguida de invalidez ([15 bis]): .....

7.2 El interesado

☐ ejerce todavía ☐ ya no ejerce

☐ una actividad asalariada ☐ una actividad no asalariada

7.3 Si ejerce una actividad asalariada ([16]):

importe del salario: ..... duración semanal del trabajo: .....

7.4 Fecha de cese en la actividad profesional

☐ como trabajador asalariado .....

☐ como trabajador no asalariado .....

7.5 Naturaleza de esta actividad: .....

7.6 Si ejerce una actividad no asalariada, importe de los ingresos profesionales ([17]): .....

Naturaleza de esta actividad: .....

7.7 Otros recursos conocidos (importe y naturaleza) ([18]): .....

7.8 La invalidez

☐ se estima ☐ no se estima que ha sido causada por un tercero responsable

☐ es resultado ☐ no es resultado de un accidente de trabajo o enfermedad profesional ([19])

☐ es resultado ☐ no es resultado de un accidente no profesional ([19 bis])

8 Desde el principio de su incapacidad para el trabajo, el interesado

☐ ha estado sometido a reeducación profesional

☐ no ha estado sometido a reeducación profesional

En caso afirmativo, indicar

8.1 para qué clase de empleo: .....

8.2 el empresario para el que ha ocupado este nuevo empleo

nombre o razón social: .....

dirección ([3]): .....

.....

8.3 Fecha de iniciación y finalización de este empleo.: .....

9

		ha solicitado las prestaciones siguientes	y/o se beneficia de las prestaciones siguientes
9.1	El asegurado		
9.2	continuación del pago del salario en caso de enfermedad	☐	☐
9.3	indemnizaciones del seguro de enfermedad por incapacidad para el trabajo	☐	☐
9.4	indemnizaciones en caso de reeducación	☐	☐
9.5	pensión de invalidez	☐	☐
9.6	pensión de vejez	☐	☐
9.7	pensión de supervivencia	☐	☐
9.8	prestación de accidente de trabajo o enfermedad profesional	☐	☐
9.9	prestaciones de desempleo	☐	☐
9.10	prestaciones por la asistencia de una tercera persona ([20])	☐	☐
9.11	reembolso de cotizaciones	☐	☐

9.12 instituciones deudoras de las prestaciones mencionadas en los puntos 9.3 a 9.10 [denominación, dirección ([3])]:

ad 9... .....

ad 9... .....

ad 9... .....

ad 9... .....

9.13 Informaciones complementarias relativas a las prestaciones mencionadas en los puntos 9.3 a 9.10

	Número de referencia	Período o fecha de efectos	Importe
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual

9.14 Tienen la consideración de anticipo sobre la pensión solicitada:

☐ las indemnizaciones del seguro de enfermedad por incapacidad para el trabajo

☐ las prestaciones de desempleo

☐ .....

B. Informaciones sobre los miembros de la familia del asegurado

10 Cónyuge

10.1 Apellido(s) (4)

.....

10.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Sexo .....

10.3 Fecha de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (12): .....

10.4 Dirección (3): .....

.....

10.5 Fecha de matrimonio: .....

10.6 El cónyuge ☐ ejerce ☐ no ejerce un actividad profesional

10.7 En caso afirmativo, importe de su retribución:

☐ a la semana (21): ☐ al año (22): .....

10.8 El cónyuge ☐ ha presentado una solicitud de pensión o de renta del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

☐ es ☐ no es titular de una pensión o de una renta

En caso afirmativo:

10.9 naturaleza de la pensión o de la renta: .....

10.10 número de la pensión o de la renta (10 bis): .....

10.11 institución deudora: .....

10.12 importe ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual: .....

10.13 El cónyuge ☐ se beneficia ☐ no se beneficia de otras prestaciones (23):

☐ desempleo ☐ enfermedad ☐ invalidez ☐ otras

10.14 Fecha de iniciación: .....

10.15 Importe ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual: .....

10.16 Otros recursos conocidos Naturaleza: .....

Importe (24): .....

11 Hijos

11.1	Apellido(s) (4)	Nombres	Fecha de nacimiento	Vínculo de parentesco
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

11.2 Es competente para la concesión de las prestaciones en virtud del artículo 77 del Reglamento 1408/71

☐ la institución de instrucción

☐ la institución designada a continuación .....

11.3 La institución de instrucción

☐ para los hijos indicados en las líneas nos ..... de la rúbrica 11.1, concede prestaciones hasta ..... incluido

☐ no concede prestaciones para los hijos indicados en las líneas nos ..... de la rúbrica 11.1 (25)

☐ todavía no ha tomado una decisión en lo relativo al derecho a las prestaciones

11.4 Dirección (3) (26): .....

.....

11.5 Observaciones (27) (27 bis): .....

12 Ascendientes a cargo (28)

12.1	Apellido(s) (4)	Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo de parentesco
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12.2 Dirección (3) (26): .....

.....

12.3 Observaciones: .....

.....

C. Otra información

13 ☐ Fecha de presentación de la presente solicitud: .....

☐ Fecha de efectos de la pensión o de la renta: .....

14 La institución de instrucción

☐ abona ☐ no abona

prestaciones con carácter provisional según el artículo 45.1 del Reglamento 574/72

14.1 En caso negativo, se ruega a las instituciones correspondientes que comprueben si es posible abonar prestaciones con carácter provisional según el artículo 45.2 del Reglamento 574/72.

15 ☐ Procede ☐ No procede
realizar retenciones a efectos de compensación, con arreglo al artículo 111 del Reglamento 574/72

15.1 Los atrasos de pensión, en su caso
☐ pueden ☐ no pueden
abonarse directamente al beneficiario

15.2 Referencia bancaria o dirección para el pago directo: .....
.....

16 Se adjunta el formulario ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 (29)

17 Institución de instrucción

17.1 Denominación: .....
.....

17.2 Dirección (3): .....
.....

17.3 Sello

17.4 Fecha: .....

17.5 Firma:
.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumpliementarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 6 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Si el formulario está destinado a una institución danesa, indicar el número CPR y eventualmente el número ATP.

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

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

(5) Indicar todos los apellidos según el orden del registro civil.

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

(7) M = masculino; F = femenino.

(8) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no haya nacido en territorio metropolitano francés.

(9) Se cumplimentará en la medida de lo posible por necesidad de las instituciones alemanas, francesas, italianas, luxemburguesas y neerlandesas.

(10) Indicar la fecha de nacionalización, en su caso.

(10 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

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

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

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

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

(15) Si el formulario está dirigido a una institución danesa, indicar la última dirección del solicitante en Dinamarca en el recuadro que figura a continuación:

Dirección (3): .....

.....

(15 bis) Se cumplimentará de manera idéntica al epígrafe C 3 del formulario E 213.

(16) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones danesas, alemanas, griegas, francesas, luxemburguesas, neerlandesas y del Reino Unido.

(17) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, danesas, alemanas, griegas, españolas, francesas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas.

(18) A cumplimentar únicamente por necesidad de las instituciones danesas, españolas y portuguesas.

(19) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, alemanas, griegas, españolas, francesas, italianas, luxemburguesas y portuguesas.

(19 bis) A cumplimentar únicamente por necesidad de las instituciones griegas y españolas.

(20) Para las necesidades de las instituciones portuguesas, cuando el asegurado tenga necesidad de la asistencia de una tercera persona, cumplimentar también la página Intercalar 2.

(21) A cumplimentar únicamente por necesidad de las instituciones irlandesas y del Reino Unido.

(22) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, danesas, francesas, italianas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas.

(23) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, danesas, francesas, alemanas, irlandesas, italianas, neerlandesas portuguesas y del Reino Unido.

(24) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, danesas y neerlandesas (importe anual), francesas (importe trimestral), alemanas, griegas, italianas y portuguesas (importe mensual).

(25) Por necesidad de las instituciones italianas, cumplimentar la hoja Intercalar 1.

(26) Indicar la dirección común. Si uno de los hijos (uno de los ascendientes) reside en una dirección diferente, indicarlo en el recuadro que figura a continuación:

Apellido(s) y nombre: .....

Dirección (3): .....

.....

(27) Indicar si el hijo está casado, incapacitado, si ha fallecido (fecha de fallecimiento), si es aprendiz, si continúa sus estudios o si es titular de una prestación o tiene ingresos a título personal.

(27 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar si el hijo inválido es, además, titular de una pensión de invalidez por derecho propio.

(28) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas y del Reino Unido.

(29) Cuando el formulario E 204 lo expida una institución alemana o neerlandesa o esté destinado a una de dichas instituciones, procederá acompañar al mismo un formulario E 213 y un formulario E 214.

E 204 Intercalar 1

RECUADRO 11 «HIJOS»
DATOS COMPLEMENTARIOS POR NECESIDAD DE LAS INSTITUCIONES ITALIANAS

Se cumplimentará cuando la institución de instrucción no esté obligada al pago de las prestaciones por hijos mencionadas en el artículo 77 del Reglamento 1408/71.

1 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1 ejercen una actividad profesional

1.1 Por cada hijo, indicar:
naturaleza de los ingresos .....

importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año .....

2 ☐ Los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1 se benefician de otros ingresos

2.1 Por cada hijo, indicar:
naturaleza de los ingresos .....

importe de los ingresos por ☐ semana ☐ mes ☐ año: .....

3 ☐ Para los hijos mencionados en las líneas nºs ..... del punto 11.1, la persona siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

tiene derecho a prestaciones o subsidios familiares por ejercer una actividad profesional (artículo 79, apartado 3, del Reglamento 1408/71)

3.1 Estas prestaciones o subsidios familiares los debe la institución siguiente

(nombre) .....

(dirección) .....

.....

E 204 Intercalar 2

RECUADRO 9 (9.10)

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LAS NECESIDADES DE LAS INSTITUCIONES PORTUGUESAS

Se cumplimentará cuando el solicitante haya declarado que tiene necesidad de la asistencia de una tercera persona para efectuar los actos ordinarios de la vida.

1 Identificación de la tercera persona

1.1 Apellido(s): .....

Nombre: .....

1.2 Dirección (calle, número, código postal, localidad, país) .....

.....

2 Información de la institución de instrucción

2.1 ☐ Hemos comprobado que la persona antes mencionada es la tercera persona que ayuda efectivamente al solicitante a efectuar los actos ordinarios de su vida (asistencia en la higiene personal, alimentación, locomoción, etc.)

2.2 ☐ No se ha comprobado la ayuda efectiva al solicitante por la persona antes mencionada

---

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 4

E 205 **B** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN BÉLGICA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2) .....
.....

E 205 B

8

Años (del 01. 01. al 31.12)	Número de días		Profesión (15) (16)	Observaciones (14) (**)
	Períodos de seguro	Períodos asimilados		
antes de 1926				
1926				
1927				
1928				
1929				
1930				
1931				
1932				
1933				
1934				
1935				
1936				
1937				
1938				
1939				
1940				
1941				
1942				
1943				
1944				
1945				
1946				
1947				
1948				
1949				
1950				
1951				
1952				
1953				
1954				
1955				
1956				
1957				
1958				

8 *(cont.)*

Años (del 01. 01. al 31.12)	Número de días		Profesión (15) (16)	Observaciones (14) (**)
	Períodos de seguro	Períodos asimilados		
1959				
1960				
1961				
1962				
1963				
1964				
1965				
1966				
1967				
1968				
1969				
1970				
1971				
1972				
1973				
1974				
1975				
1976				
1977				
1978				
1979				
1980				
1981				
1982				
1983				
1984				
1985				
1986				
1987				
1988				
1989				

8.1 Duración total del seguro en el régimen belga de Seguridad Social — asalariados — no asalariados

..... | ..... | ..... | ..... + ...días suplementarios ficticios (*)

8.2 Observaciones: (*) Períodos asimilados no definidos en el tiempo
(**) Períodos de seguro suplementarios, pensión previa a la jubilación (artículo 5 bis A.R. n° 50)

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71)

10	Institución que rellena el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

1Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento debe indicarse siempre; en el caso en que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
— Para los nacionales portugueses indicar todos los apellidos [nombre, apellido(s), appellido de soltera] en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en territorio metropolitano francés.

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

(8 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(15) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar el formulario E 206.

(16) Para las necesidades de las instituciones griegas, indicar, a ser posible, la naturaleza de las actividades.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 205 **DK** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS PERÍODOS DE SEGURO Y DE RESIDENCIA EN DINAMARCA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12) .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de residencia y períodos asimilados cubiertos según la legislación sobre pensiones sociales			Períodos de residencia		
Año	del	al	Años	Meses	Días

8.1 Duración total de sujeción a los regímenes daneses de Seguridad Social

8.2 Observaciones:

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71)

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: DK = Dinamarca.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
— Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o en el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden del registro civil.

(5) Se indicará particularmente en caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en territorio metropolitano francés.

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

(8 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 205 **D** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN ALEMANIA (RF)

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los periodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203, E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los periodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación a la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro ([14])		Períodos asimilados ([15])		Régimen		Profesión ([16]) ([17])
Año	del	al	Semanas	Meses	Semanas	Meses	asalaria-dos	no asala-riados	

8.1 Duración total de afiliación a los regímenes alemanes de Seguridad Social de los asalariados: .... meses, de los que
— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones:
semanas .... meses ....
— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
semanas .... meses ....

8.2 Duración total del seguro a los regímes alemanes de seguridad Social de los no asalariados: ....
— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones
semanas .... meses ....
— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
semanas .... meses ....

8.3 Observaciones ([15]): ....
....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación .....

10.2 Dirección (2) .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: D = República Federal de Alemania.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el Documento de Identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metro politano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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 nacidos en España, indicar solamente la provincia.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una F después del número de semanas o de meses relativos a los períodos de seguro voluntario, para distinguirlos de los períodos de seguro obligatorio.

(15) Poner una A después del número de semanas o de meses asimilados para indicar si se trata de períodos de interrupción que se tienen en cuenta para el cálculo de la cuantía de la prestación, pero no para la apertura del derecho. Además, especificar en el punto 8.3 «Observaciones» la naturaleza de los períodos asimilados (Ersatzzeiten).

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 205 **GR** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN GRECIA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro (14)			Períodos asimilados (15)			Profesión — naturaleza de los empleos ejercidos (16) (17)
Año	del	al	Años	Meses	Días	Años	Meses	Días	

8.1 Duración total de la afiliación a los regímenes griegos de Seguridad Social: .... años .... meses .... días; de los que:

— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones:
años .... meses .... días ....

— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
años .... meses .... días ....

8.2 Observaciones (15): ....
....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma:

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: GR = Grecia.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento debe indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o en el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

(5) Se indicará particularmente en caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una V detrás del número de días de seguro voluntario, para distinguirlos de los períodos de seguro obligatorio.

(15) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(17) Especificar el tipo de trabajo e indicar la cualidad

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en pagina 3

E 205 **E** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN ESPAÑA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... DNI (8 bis) .....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro (14)		Períodos asimilados (15)		Régimen	Profesión (16) (17)
Año	del	al	años	días	años	días		

8.1 Duración total del seguro a los regímenes españoles de Seguridad Social de los asalariados:
— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones:
años .... días ....
— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
años .... días ....

8.2 Duración total del seguro a los regímenes españoles de Seguridad Social de los no asalariados:
— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones
años .... días ....
— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
años .... días ....

8.3 Observaciones (15) ....
....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: E = España.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las particulas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

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

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

(11) 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 sólamente la provincia.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una V después de los períodos de seguro voluntario, para distinguirlos de los períodos de seguro obligatorios.

(15) Especificar en el punto 8.3 la naturaleza de los períodos asimilados.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 205 **F** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN FRANCIA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de Seguro (14)	Períodos asimilados (15)	Régimen		Profesión (16) (17)
Año	del	al	trimestres	trimestres	asalariados	no asalariados	

Mejora de anualidades por madre de familia

8.1 Duración total del seguro a los regímenes franceses de Seguridad Social de los asalariados y no asalariados

8.2 Observaciones:

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10	Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: F = Francia.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una V después de los períodos de seguro voluntario, para distinguirlos de los períodos de seguro obligatorios.

(15) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 205 **IRL** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN IRLANDA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro (14)	Períodos asimilados	Motivo de la asimilación (15)	Profesión (16) (17)
Año	del	al	semanas	semanas		

8.1 Duración total del seguro al régimen irlandés de Seguridad Social de los asalariados: ....

8.2 Observaciones: ....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: IRL = Irlanda.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombres, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento do identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una V detrás del número de semanas, si se trata de períodos de seguro voluntario.

(15) Indicar si se trata de períodos de enfermedad, de desempleo, etc.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206 — Estas indicaciones sólo podrán darse en base a la información suministrada por el trabajador.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 205 | **I** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN ITALIA

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro [14]		Períodos asimilados [15]		Régimen		Profesión [16] [17]
Año	del	al	Semanas	Meses	Semanas	Meses	Asalariados	No asalariados	

8.1 Duración total del seguro a los regímenes italianos de Seguridad Social de los asalariados y de los no asalariados asimilados:

— períodos computables para la apertura del derecho y el cálculo de prestaciones:
semanas .... meses ....

— períodos computables únicamente para el cálculo de prestaciones:
semanas .... meses ....

— períodos que hay que considerar únicamente para la apertura del derecho a las prestaciones:
semanas .... meses ....
los períodos del .... al .... causarán efectos a partir del ....

8.2 Observaciones [15] ....
....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10	Institución que cumplimenta el formulario
10.1	Denominación .....
10.2	Dirección (2) .....
	.....
10.3	Sello
10.4	Fecha .....
10.5	Firma .....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: I = Italia.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las particulas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellidos de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

(8 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (D.N.I) si se posee, aungue esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

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

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Poner una P después del número de semanas o de meses relativos a los periodos de seguro obligatorio, para distinguirlos de los períodos de seguro voluntario.

(15) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 205 | **L** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN LUXEMBURGO

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202 o E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro		Períodos asimilados (14)		Régimen	Profesión (15) (16)
Año	del	al	Días	Meses	Días	Meses		

8.1 Duración total del seguro a los regímenes luxemburgueses de Seguridad Social:

8.2 Observaciones (14)

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: L = Luxemburgo.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

(8bis) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad (D.N.I), si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(15) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206.

(16) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 4

E 205 **NL** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN LOS PAÍSES BAJOS

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación a la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10)
....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis)
....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro según la AOW/AWW (14)		Períodos de seguro según la WAO/AAW (14)		Número de			Naturaleza (15) (16)
del	al	del	al	años	meses	días	

8.1 Duración total del seguro neerlandés (17) según ☐ la AOW ☐ la AWW ☐ la WAO/AAW

..... años ..... meses ..... días.

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: NL = Países Bajos.

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

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

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) AOW = ley sobre el seguro de vejez generalizado.
AWW = ley sobre el seguro generalizado de viudedad y orfandad.
WAO = ley sobre el seguro de los trabajadores asalariados contra la incapacidad laboral.
AAW = ley sobre el seguro generalizado contra la incapacidad laboral.

(15) Para indicar la naturaleza de los períodos de seguro, utilizar el siguiente código:
P = Seguro obligatorio,
V = Seguro voluntario,
G = Períodos asimilados.

(16) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

(17) El régimen neerlandés de seguro no prevé la afiliación de los asegurados. Puede ocurrir, pues, que nuestra relación detallada mencione períodos para los cuales no exista más que una presunción de seguro en los Países Bajos. Si comprueban ustedes que el interesado ha estado asegurado según la legislación de su país durante períodos que nosotros hemos indicado como períodos de seguro en los Países Bajos, pueden ustedes, sin consultarnos, descontar tales períodos de la duración total del seguro neerlandés indicada en el punto 8.1.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 205 **P** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN PORTUGAL

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2):

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro	Períodos asimilados (14)	Profesión (14 bis) (15) (16)
año	del	al	meses	meses	

8.1 Duración total del seguro a los régimenes portugueses de Seguridad Social de los asalariados: ....

8.2 Observaciones: ....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: P = Portugal.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; en el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Especificar en el punto 8.2 la naturaleza de los períodos asimilados.

(15) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar el formulario E 206.

(16) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» página 3

E 205 **GB** (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL SEGURO EN EL REINO UNIDO

Reglamento 1408/71: artículo 38, artículo 45, artículo 48, artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1, artículo 43.1 a 3, artículo 69

Se extenderá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulario para los períodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación a la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro (14)		Seguro voluntario	Períodos asimilados (15)	Profesión (16) (17)
			asalariados	no asalariados			
Año	del	al	Semanas	Semanas	Semanas	Semanas	

8.1 Duración total del seguro al régimen de Seguridad Social de los asalariados y no asalariados del Reino Unido

....

8.2 Observaciones: ....

....

9 El asegurado que acredite un período de seguro inferior a un año

☐ podrá beneficiarse ☐ no podrá beneficiarse

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 48.1 del Reglamento 1408/71).

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 *Dirección* (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: GB = Reino Unido.

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

(3) — El apellido familiar implica la indicación del apellido usual o del apellido adquirido por matrimonio.
— El apellido de nacimiento deberá indicarse siempre; de el caso de que sea idéntico al apellido familiar, se pondrá la mención «idem».
— Las expresiones «llamado» y «alias», y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden del registro civil.
— Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

(5) Se indicará particularmente en el caso de adopción o de utilización de sobrenombres admitidos en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deberán aparecer en su integridad y según el orden en el registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

(11) 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.

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Indicar los períodos de seguro voluntario en la columna siguiente.

(15) Indicar si se trata de períodos de enfermedad, de desempleo, etc.

(16) Para los trabajadores que han estado empleados en las minas o en explotaciones asimiladas, adjuntar un formulario E 206. Estas indicaciones sólo podrán darse en base a las informaciones suministradas por el trabajador.

(17) Por necesidad de las instituciones griegas, especificar, en la medida de lo posible, la naturaleza del trabajo.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 4

E 206 [ ] (1)

CERTIFICACIÓN DE LOS PERÍODOS DE EMPLEO EN LAS MINAS Y EMPRESAS ASIMILADAS

Reglamento 1408/71: artículo 38; artículo 45; artículo 48; artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1; artículo 43.1 a 3; artículo 69

Se expedirá por la institución de instrucción para los períodos de seguro cubiertos bajo la legislación que ésta aplique; adjuntarla a los Formularios E 202, E 203 o E 204, según proceda. Cada institución correspondiente expedirá un formulairo para los periodos cubiertos bajo la legislación que aplique y la remitirá a la institución de instrucción.

1 Institución destinataria (según proceda, institución correspondiente o institución de instrucción)

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Lugar (10): .....
4.3 Provincia o Departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción : .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....
7.2 Nombre ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10)
....
7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....
7.4 Dirección (2): .....
.....

8

Explotaciones (14)	Naturaleza de los empleos ejercidos (15)	Períodos de trabajo o asimilados		Duración de cada período					
				global			en el fondo		
		del	al	Años	Meses	Días	Años	Meses	Días
8.1			Totales						

9 Los períodos de trabajo mencionados en el recuadro 8 han sido interrumpidos como sigue (16)

Períodos de interrupción		Motivo de la interrupción (enfermedad, permiso, servicio militar, servicio armado, desempleo, tratamiento de cura, reeducación, permiso no retribuido, etc.)
del	al	
día/mes/año	día/mes/año	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

10 Institución que cumplimenta el formulario

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (2): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

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

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

(9) 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).

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

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

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

(13) A cumplimentar, si procede.

(14) Indicar las explotaciones en las que el interesado ha sido empleado, y la materia extraída o elaborada.

(15) Especificar la clase de trabajo e indicar si se ha efectuado en la superficie o en el fondo, o si se trata de períodos asimilados.

(16) A cumplimentar únicamente por necesidad de las instituciones alemanas y españolas.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 207 [ ] (1)

INFORMACIÓN RELATIVA A LA CARRERA DEL ASEGURADO

Reglamento 1408/71: artículo 38; artículo 45; artículo 48; artículo 57.3.c
Reglamento 574/72: artículo 42.1; artículo 69

A cumplimentar por la institución de instrucción y a añadir a los formularios E 202, E 203 y E 204.

La información del recuadro 7 se ha obtenido del interesado y se transmite a la institución correspondiente a los efectos procedentes.

Información relativa al asegurado

1

1.1 Apellido familiar (3): .....
1.2 Apellido de nacimiento (3): .....
1.3 Nombres (4): .....
1.4 Apellidos anteriores (5): .....
1.5 Sexo (6): .....
1.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
1.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

2 Nacionalidad (8): ..... D.N.I (8 bis) .....

3 Nacimiento

3.1 Fecha (9): .....
3.2 Localidad (10): .....
3.3 Provincia o departamento (11): .....
3.4 País (12): .....

4 Dirección (2)

.....
.....

5 Número de afiliación: .....

(Indicar la información relativa a cada período en la página 2)

6 Institución de instrucción

6.1 Denominación: .....
6.2 Dirección (2): .....
.....
6.3 Sello

6.4 Fecha: .....
6.5 Firma
.....

7 Información relativa a cada período

	Períodos [13]		Naturaleza de los períodos [14]	Denominación y sede de la empresa o naturaleza de la actividad no asalariada	Lugar y país de ejercicio de la actividad [15]	a) Institución o régimen de seguro b) Número de afiliación [16] c) Naturaleza del seguro [17]	Lugar de residencia durante el período de actividad [18]
	del	al					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

E 207

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil. Si el espacio previsto en la página 2 no es suficiente para incluir todos los períodos de carrera del asegurado, intercalar a continuación una o varias páginas idénticas modificando los números que figuran en el extremo izquierdo (sustituir 1, 2, 3... por 9, 10, 11...).

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(4) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

(5) A indicar especialmente en caso de adopción o de utilización de sobrenombres aceptados en el uso corriente; las expresiones «llamado» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y en el orden del registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

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

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

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

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

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

(12) Sigla del país de nacimiento del asegurado codificado según el código internacional de vehículos automóviles.

(13) Si el formulario se destina a una institución danesa u holandesa indicar además todos los períodos de residencia cumplidos por el trabajador respectivamente en Dinamarca y en los Países Bajos.

(14) Indicar la naturaleza de la actividad ejercida (trabajador asalarido o independiente; por ejemplo, mecánico, vendedor, agricultor independiente), eventualmente, la instrucción escolar o profesional (naturaleza de la formación y diplomas obtenidos), períodos sin ocupación profesional (por ejemplo: ama de casa, desempleo, enfermedad, etc.) servicio militar (país). Si el interesado ha cumplido el servicio militar en Italia, procede acompañar el formulario E 207, si es posible, de una copia de su cartilla militar o de los períodos de servicio.

(15) Cuando la actividad se ha ejercido en Francia, precisar el nombre del departamento.

(16) Si el formulario se destina a una institución danesa, indicar el número CPR y eventualmente el número ATP.

(17) Precisar si se trata de seguro obligatorio, de seguro voluntario, de seguro facultativo continuado o de un período sin seguro.

(18) Cuando se trate de un asegurado del OGA, indíquese el municipio y el departamento en Grecia.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 208 ☐ (1)

DETERMINACIÓN DE LOS DERECHOS A PENSIÓN

de ☐ **vejez** ☐ **invalidez** ☐ **supervivencia**

en ..... (2)

Reglamento 1408/71: artículo 46.1 y 2; artículo 49.2 y 3
Reglamento 574/72: artículo 43.2 y 3; artículo 46

A remitir por la institución correspondiente a la institución de instrucción

1 Institución de instrucción destinataria

1.1 Denominación: .....
1.2 Dirección (3): .....
.....

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (4): .....
2.2 Apellido de nacimiento (4): .....
2.3 Nombres (5): .....
2.4 Apellidos anteriores (6): .....
2.5 Sexo (7): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (8): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (8): .....

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

4 Nacimiento

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

5 Dirección (3)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente .....

7 Derechohabiente (14)

7.1 Apellido familiar (4)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (11) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (9 bis) .....

7.4 Dirección (3): .....
.....

7.5 Relación de parentesco con el asegurado fallecido: .....

8 En caso de desestimación de la solicitud

Motivo: .....

.....

.....

.....

.....

.....

9 En caso de concesión de una pensión

9.1 Importe anual (15) de la pensión nacional mencionada en el artículo 46.1 (primer apartado) del reglamento 1408/71 a la que el interesado puede aspirar por los períodos de seguro (obligatorio, voluntario o facultativo continuado) y los períodos asimilados cubiertos en el país correspondiente, aunque algunos de estos períodos se superpongan a períodos cubiertos en otro país:

.....

9.2 Importe anual (15) efectivo de la pensión teórica mencionada en el artículo 46.2 del Reglamento 1408/71 que se abonaría si la totalidad de períodos de seguro y períodos asimilados, determinados conforme a las reglas previstas en el artículo 15 del Reglamento 574/72 se hubieran cubierto en el país correspondiente:

.....

9.3 Importe anual (15) efectivo de la pensión proporcional mencionada en el artículo 46.2.b,c y d del Reglamento 1408/71, calculado teniendo en cuenta períodos cubiertos en el país correspondiente con exclusión de los períodos de seguro voluntario o facultativo continuado superpuestos a períodos cubiertos en otro país:

.....

9.4 Importe anual (15) efectivo de la pensión proporcional mencionada en el artículo 46.2.b, c y d del Reglamento 1408/71, calculado teniendo en cuenta períodos cubiertos en el país correspondiente incluidos los períodos de seguro voluntario o facultativo continuado superpuestos a períodos cubiertos en otro país:

.....

9.5 Fecha de efectos de las prestaciones: .....

10 Institución correspondiente:

10.1 Denominación: .....

10.2 Dirección (3): .....

.....

10.3 Sello

10.4 Fecha: .....

10.5 Firma

.....

E 208

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución correspondiente: B = Béglica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Indicar el Estado miembro.

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

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

(5) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

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

(7) M = masculino; F = femenino.

(8) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en territorio metropolitano francés.

(9) En su caso, indicar la fecha de naturalización.

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

(10) El día y el mes se expresa cada uno con dos cifras, el año con cuatro cifas (ejemplo: 1 de agosto de 1921: 01. 08. 1921).

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

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

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

(14) A cumplimentar únicamente si se trata de una solicitud de pensión de supervivencia.

(15) El importe anual es igual al total de importes a abonar en el curso de un año, calculado sobre la base aplicable en la fecha de comienzo del disfrute.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 4

E 209 ☐ (1)

DETERMINACIÓN DE LOS IMPORTES DE PENSIÓN

de ☐ **vejez** ☐ **invalidez** ☐ **supervivencia**

POR APLICACIÓN EVENTUAL DEL ARTÍCULO 46.3 DEL REGLAMENTO 1408/71

A expedir por la institución de instrucción, que enviará un ejemplar a cada una de las instituciones correspondientes.

1 Institución correspondiente destinataria

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

3 Nacimiento (8): ..... D.N.I (8 bis): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Localidad (10): .....
4.3 Provincia o departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10)
....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

7.5 Relación de parentesco con el asegurado fallecido: .....

(Para la determinación de importes, ver página 3)

E 209

8	Institución de instrucción

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

(2)

E 209

9 Determinación de los importes de pensión en fecha .....

País deudor de la prestación	Importe anual en la moneda del país de la institución competente (14)			Importe anual en la moneda del país de la institución de instrucción				Importe anual de la moneda del país de la institución competente (14) (Pensión tras la aplicación del artículo 46.3 del reglamento 1408/71) (18)
	Pensión teórica (artículo 46.2.a del reglamento 1408/71)	Pensión nacional (artículo 46.1 primer párrafo del reglamento 1408/71)	Pensión proporcional (15) (artículo 46.2.b del reglamento 1408/71)	Pensión teórica (artículo 46.2.a del reglamento 1408/71)	Importe más elevado que figura en la columna 3 o 4 (16)		Producto de los importes de la columna 6 por el coeficiente de reducción (ver recuadro 10) (17)	
					Importes de la columna 3 (artículo 46.1 primer apartado del reglamento 1408/71)	Importes de la columna 4 (artículo 46.2.b del reglamento 1408/71)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
				Total	A	B		

	B .....
Total de pensiones debidas por todos los países (C = A + B)	C .....
Pensión teórica más elevada que figura en la columna 5	D .....
Diferencia (C – D = E)	E .....

10 Determinación del coeficiente de reducción en aplicación del artículo 46.3 del reglamento 1408/71 (Coeficiente utilizado para el cálculo de importes que figuran en la columna 8 del recuadro 9) (17)

Importe total de las pensiones nacionales (columna 6)	A .....
Importe de la diferencia	E .....
Coeficiente de reducción $F = \frac{A-E}{A}$	F .....

11 Tipo de conversión (19)

Moneda del país de la institución competente		Moneda del país de la institución de instrucción
100 DM	×	= .....
100 FB	×	= .....
100 FFs	×	= .....
100 Lit.	×	= .....
100 F. Lux.	×	= .....
100 Fl.	×	= .....
100 dkr.	×	= .....
100 £ UK	×	= .....
100 £ Irl.	×	= .....
100 Drs.	×	= .....
100 Esc.	×	= .....
100 Pts.	×	= .....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(4) Indicar todos los nombres en el orden del registro civil.

(5) A indicar especialmente en caso de adopción o de utilización de sobrenombres aceptados en el uso corriente; las expresiones «llamados» y «alias» y las partículas deben aparecer en su integridad y en el orden del registro civil.

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador sea un español o un nacional francés que no haya nacido en territorio metropolitano francés.

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

(8 bis) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

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

(10) Para las ciudades francesas que comprendan varios distritos, indicar el número de distrito (por ejemplo: París 14). Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

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

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

(13) A cumplimentar únicamente si se trata de una solicitud de pensión de supervivencia.

(14) Precisar la unidad monetaria.

(15) Calculada sin tener en cuenta períodos de seguro voluntario o facultativo continuado superpuestos o períodos de seguro obligatorios cubiertos en otro país.

(16) Cuando el importe de la columna 3 y el de la columna 4 son iguales, dicho importe debe escribirse en la columna 7.

(17) A cumplimentar únicamente si los importes que aparecen enfrente de las letras A y E de la columna 6 son positivos.

(18) Al importe inscrito en la columna 7 se añadirá eventualmente el incremento de pensión mencionado en el artículo 46.1 del Reglamento 574/72, correspondiente a los períodos de seguro voluntario o facultativo continuado superpuestos a períodos de seguro cumplidos en otro país.

(19) Ver Reglamento 574/72, artículo 107.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 210 ☐ (1)

NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN RELATIVA A UNA SOLICITUD DE PENSIÓN

de ☐ **vejez** ☐ **invalidez** ☐ **supervivencia**

(concesión o denegación)

Reglamento 574/72: artículo 48

Cada una de las instituciones correspondientes, cumplimentará este formulario y lo remitirá a la institución de instrucción acompañando dos copias de la decisión formal. Si hay más de una institución correspondiente procede añadir tantos ejemplares suplementarios de la decisión como instituciones correspondientes haya.

1 Institución de instrucción destinataria

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

Información relativa al asegurado

2

2.1 Apellido familiar (3): .....
2.2 Apellido de nacimiento (3): .....
2.3 Nombres (4): .....
2.4 Apellidos anteriores (5): .....
2.5 Sexo (6): .....
2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....
2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

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

4 Nacimiento

4.1 Fecha (9): .....
4.2 Localidad (10): .....
4.3 Provincia o departamento (11): .....
4.4 País (12): .....

5 Dirección (2)

.....
.....

6

6.1 Número de afiliación de la institución de instrucción: .....
6.2 Referencia del expediente en la institución de instrucción: .....
6.3 Referencia del expediente en la institución correspondiente: .....

7 Derechohabiente (13)

7.1 Apellido familiar (3)
.....

7.2 Nombres ..... Apellido de nacimiento ..... Lugar de nacimiento (10) .....

7.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (8 bis) .....

7.4 Dirección (2): .....
.....

7.5 Parentesco con el asegurado fallecido: .....

8 Se deniega la solicitud

Motivo: .....

.....

.....

.....

9 Se concede una pensión

9.1	A partir de:	/ /	/ /	/ /	/ /
9.2	Importe anual:	.....	.....	.....	.....
9.3	En su caso, deducción que hay que practicar en virtud de las disposiciones de no acumulación (artículo 12 del Reglamento 1408/71 y artículo 7 del Reglamento 574/72):	.....	.....	.....	.....
	Motivo:				
9.4	Importe debido:	.....	.....	.....	.....

10 Se concede una pensión danesa (14)

10.1 Importe anual según la legislación sobre pensiones sociales: .....

10.2 Importe anual según la legislación sobre pensiones complementarias para los trabajadores asalariados (ATP): .....

10.3 Importe anual total:

10.4 En su caso, deducción que hay que practicar en virtud de las disposiciones de no acumulación (artículo 12 del Reglamento 1408/71 y artículo 7 del Reglamento 574/72) .....
Motivo: reajuste de los ingresos

10.5 Importe debido (pensión social): .....

10.6 Importe debido (pensión ATP): .....

10.7 Fecha de efectos (pensión social): .....

10.8 Fecha de efectos (pensión ATP): .....

11 Vías y plazos de recursos: ver formulario E 212

12 Institución correspondiente

12.1 Denominación: .....

12.2 Dirección (2): .....

.....

12.3 Sello

12.4 Fecha: .....

12.5 Firma

.....

E 210

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de que se trate: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(4) Indicar todos los nombres según el orden del registro civil.

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

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

(8) Indicar la fecha de nacionalización, en su caso.

(8 bis) Para los nacionales españoles, indicar le número del documento nacional de identidad si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

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

(10) Para las ciudades francesas que constan de varios distritos, indicar el número del distrito (por ejemplo; París 14). Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

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

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

(13) Únicamente se cumplimentará cuando se trate de una solicitud de pensión de supervivencia.

(14) A cumplimentar únicamente por las instituciones danesas.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 211 ☐ (1)

RECAPITULACIÓN DE LAS DECISIONES

Reglamento 574/72, artículo 48

La institución de instrucción cumplimentará este formulario y entregará un ejemplar al solicitante en la lengua de éste, acompañando un ejemplar de cada una de las decisiones tomadas así como una nota sobre las vías y plazos de recurso (formulario E 212). La institución de instrucción enviará igualmente una copia del formulario E 211 a cada una de las instituciones correspondientes, acompañándola de copia de su propia decisión y de las decisiones de las otras instituciones correspondientes.

1 Solicitante

1.1 Apellido (1 bis) .....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección (2): .....

.....

2 Su solicitud de pensión de

2.1 ☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia

2.2 ha sido examinada por las instituciones siguientes:

3 Instituciones correspondientes

	País	Institución	Referencia del expediente
3.1	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....

4 Estas instituciones han adoptado las decisiones siguientes (ver decisiones formales adjuntas)

5 Su solicitud ha sido denegada

5.1 en lo que respecta (3) .....
Motivo: .....
.....
.....
.....

5.2 en lo que respecta (3) .....
Motivo: .....
.....
.....
.....

6 Se le ha concedido una pensión

	en lo que respecta (3)	Importe anual en la moneda del país deudor (4) (5)	Fecha de efectos
6.1	.....	.....	.....
6.2	.....	.....	.....
6.3	.....	.....	.....
6.4	.....	.....	.....
6.5	.....	.....	.....

7 Si Vd. estima que, debe recurrir las decisiones adoptadas con respecto a Vd. por una o varias de estas instituciones, dispone Vd. de las vías y plazos de recurso indicados en el formulario E 212.

8	Institución de instrucción

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (2): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

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

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

(3) Indicar el país y eventualmente el régimen de que se trate.

(4) En caso de revalorización de pensión en virtud de la legislación nacional, el importe indicado anteriormente se modificará sin notificación del nuevo importe.

(5) Este importe podrá eventualmente reducirse con los impuestos y cotizaciones a cargo del pensionista.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 212 [ ] (1)

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento 574/72: artículo 48

A — Si no está Vd. de acuerdo con la o las decisiones adoptadas, podrá Vd. presentar una reclamación o un recurso. A este efecto, deberá **Vd. por cada decisión recurrida:**

1. Indicar claramente sus quejas en una carta;

2. Indicar las referencias de la notificación relativa a la decisión recurrida. Unir una copia de esta decisión;

3. Firmar esta carta. Si no puede Vd. firmar, ponga una cruz y haga firmar su recurso a dos personas mayores de edad que harán constar sus apellidos, nombres y direcciones (2) (2 bis);

4. Hacer llegar esa carta al organismo destinatario antes del vencimiento del plazo indicado en la notificación relativa a la decisión recurrida.

   ATENCIÓN: Este plazo corre a partir de la fecha de la notificación; no obstante, en virtud del artículo 86 del reglamento 1408/71, los recursos que se presenten en el plazo previsto por la legislación de un Estado miembro serán admitidos si se presentan en el mismo plazo ante el organismo correspondiente de otro Estado miembro. Para conocer la denominación y la dirección de este organismo, infórmese ante la institución de seguro de pensión de su lugar de residencia.

B — 1. Una reclamación contra una decisión **belga** deberá ser, en el plazo de un mes a contar desde la fecha de recepción de su notificación, bien enviada por carta certificada, bien depositada en la oficina:
del tribunal de trabajo del distrito judicial de su residencia si reside Vd. en Bélgica (tribunal de trabajo de .....),
o del distrito judicial de su último domicilio o de su última residencia en Bélgica si reside Vd. en el extranjero.

2. Una reclamación contra una decisión **danesa** relativa a una pensión en virtud de la legislación sobre las pensiones sociales deberá dirigirse, en un plazo de cuatro semanas a contar desde la fecha de recepción de su notificación, al «Sociale Ankestyrelse» (comisión social de recurso) en Copenhague, dirección

   .....

   Una reclamación contra una decisión danesa en materia de derecho a pensión en virtud de la legislación sobre las pensiones complementarias de los trabajadores asalariados (ATP) deberá dirigirse, en un plazo de cuatro semanas a contar desde la fecha de recepción de su notificación, a la «Ankenaevnet for ATP, Arbejdsministerium» (comisión de recurso ATP, en el Ministerio de Trabajo) en Copenhague, dirección

   .....

3. Podrá presentarse una reclamación o un recurso directo contra una decisión adoptada por una institución **alemana** de seguro de pensión en un plazo de un mes, en caso de estar domiciliado en la República federal, y de tres meses, en caso de estar domiciliado en otro Estado miembro, a contar desde la recepción de la notificación de esta decisión. La reclamación deberá presentarse por escrito o consignada en acta, ante:

   .....
   (denominación de la institución del seguro de pensión); el recurso deberá presentarse ante el Sozialgericht (Tribunal social)

   .....

   bien sea por escrito o en la oficina del tribunal, que redactará acta. La reclamación o el recurso son igualmente considerados como admisibles si llegan en los plazos prescritos a cualquier otra autoridad situada en el territorio nacional, a una institución de seguro situada sobre el territorio nacional o una representación oficial alemana en el extranjero.

4. Un recurso contra una decisión de la institución **helénica** deberá dirigirse, en un plazo de ..... días, a contar desde la fecha de recepción de su notificación al organismo siguiente (denominación y dirección),

   .....

   bien sea directamente o a través de la institución del lugar de residencia.

5. Una reclamación contra una decisión de una institución **española** debe dirigirse, en un plazo de 30 días hábiles a contar desde la fecha de recepción de su notificación al organismo que figura a continuación (denominación y dirección):

   .....

   .....

   bien sea directamente, bien por mediación de la institución del lugar de residencia.

6. Una reclamación contra una decisión **francesa** deberá, en un plazo de dos meses a contar desde la fecha de recepción de su notificación, dirigirse (si se trata de una decisión administrativa) a «M. le Président de la Commission de recours gracieux de la caisse de sécurité sociale» cuya dirección figura aqui abajo o (si se trata de una decisión de orden médico) a «M. le Secrétaire de la Commission régionale technique» cuja dirección figura aquí abajo.

.....

.....

7. Una reclamación contra una decisión **irlandesa** deberá dirigirse al «Secretary, Department of Social Welfare» (Ministerio de previsión social), Dublín, en un plazo de 21 días a contar desde la fecha de recepción de su notificación.

8. Una reclamación contra una decisión **italiana** del INPS deberá dirigirse a la comisión provincial (comitato provinciale) agregada a la sede provincial del INPS en

.....

a más tardar en un plazo de 90 días desde la recepción de la recapitulación de las decisiones (formulario E 211). Si transcurre un plazo de 90 días sin que la comisión provincial se haya pronunciado, el interesado podrá entonces, en un nuevo plazo de 90 días a contar desde la fecha en la que el primer recurso debía haber sido objeto de una decisión, dirigir un recurso en segunda instancia a

.....

.....

Estas modalidades de recurso se refieren a las solicitudes de pensión que han sido objeto de una decisión del INPS en el marco del seguro general obligatorio para el caso de invalidez, de vejez y de supervivencia. Los recursos contra las decisiones adoptadas en el marco de los regímenes especiales gestionados por el INPS o por otras instituciones se someten a modalidades diferentes que se indicarán por separado al asegurado.

9. Una reclamación contra una decisión **luxemburguesa** deberá dirigirse, en ejemplar duplicado, al Consejo arbitral de seguros sociales, en Luxemburgo, en un plazo de 40 días a contar desde la fecha de recepción de su notificación.

10. Una reclamación contra una decisión **holandesa** deberá dirigirse en ejemplar duplicado, al «Raad van Beroep» (consejo de recursos) de

.....

en el plazo de un mes a partir de la fecha en la que el interesado haya podido razonablemente tener conocimiento de la notificación. Esto no es válido para las decisiones del régimen especial de los mineros. Se acompañan a estas notificaciones instrucciones precisando lo que debe Vd. hacer si no está de acuerdo con la decisión que le concierne.

11. Un recurso contra la decisión de una institución **portuguesa** deberá dirigirse, en un plazo de ..... días a contar desde la fecha de recepción de su notificación, al organismo que figura a continuación (denominación y dirección).

.....

.....

12. Un recurso contra una decisión de una institución del **Reino Unido** deberá enviarse en un plazo de 28 días a contar desde la fecha de su notificación al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio internacional) Newcastle-upon-Tyne o al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio internacional), Belfast, según proceda.

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 7

E 213 ☐ (1)

INFORME MÉDICO DETALLADO

Reglamento 1408/71: artículos 39 a 41 y artículo 87

1 Institución a la que se dirige el informe

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

2 Persona examinada

2.1 Apellido (2 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quater) .....

2.4 Dirección (2): .....

.....

2.5 Última profesión ejercida (3): .....

2.6 ☐ Número de afiliación: .....

2.7 ☐ Número de pensión: .....

2.8 Número de expediente: .....

2.9 Fecha de presentación de la solicitud de pensión: .....

2.10 Fecha de presentación de la solicitud de revisión por agravación: .....

3 Informe expedido por el médico

3.1 Apellido: ..... Nombres: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Médico inspector de: .....

PARTE I — CUESTIONARIO COMÚN A TODAS LAS SITUACIONES

A. Anamnesia

1 Antecedentes personales y familiares:

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

2 Afección actual (dolencias que alega el interesado, comienzo de la afección, evolución, terapéuticas aplicadas hasta ahora):

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

B. Comprobaciones objetivas

1 Estado general:

Talla: ..... Peso: .....

Aspecto general (senil, tranquilo, nervioso, etc.) .....

Constitución (fuerte, mediana, débil): .....

Mantenimiento: ..... Marcha: .....

Movimientos: .....

Musculatura: .....

Coloración de las mucosas: .....

Estado de nutrición: .....

Faz (Pálida, cianótica): .....

Estado de la boca y de los dientes: .....

.....

2 Órganos de los sentidos

Oído: .....

Vista: .....

Olfato: .....

3 Aparato respiratorio

(vías respiratorias superiores, pulmones, perímetro torácico, aspecto del tórax, examen macroscópico y microscópico de los esputos, búsqueda del B.K., examen radiológico. etc.).

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

Protocolo de examen radiográfico con indicación de la fecha (en su caso, acompañar un formulario E 214) (4)

.....

.....

.....

Otras indicaciones: .....

.....

.....

4 Aparato circulatorio

(Corazón, aorta, vasos, volumen del corazón, auscultación, pulso, tensión arterial, disnea, edemas, estado de vasos periféricos, varices, comprobaciones radiológicas etc.):

.....

.....

Prueba de la función cardiocirculatoria	Presión arterial (R.R.)	Respiración por minuto	pulso por minuto	Otras observaciones tras esfuerzo
— tras un descanso prolongado — después de flexionar piernas — las piernas ..... veces en ..... segundos — *inmediatamente* — después de 2 minutos — después de 4 minutos — después de 6 minutos				— ¿Disnea? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo ¿cuánto tiempo? ..... — ¿Cianosis labial? ☐ Sí ☐ No — ¿Extrasístoles? ☐ Sí ☐ No — Si ya se producían extrasístoles en reposo ¿se hacen más frecuentes? ☐ Sí ☐ No ¿o más escasos? ☐ Sí ☐ No ¿o desaparecen completamente? ☐ Sí ☐ No
— ¿Otras perturbaciones del ritmo tras un esfuerzo? .... — Observaciones particulares:				

Protocolo de examen electrocardiográfico, con indicación de la fecha:

.....

.....

Protocolo de examen electrooscilográfico, con indicación de la fecha:

.....

.....

5 Aparato digestivo

(Pared abdominal, hernias, palpación de abdomen, cicatrices de intervenciones quirúrgicas, hígado, bazo, ganglios, etc.):

.....

.....

.....

Protocolo de examen radiográfico, con indicación de la fecha:

.....

.....

.....

6 Aparato locomotor

(Huesos, músculos, conformación y movilidad de las articulaciones y de la columna vertebral, Lasegue, medidas comparativas de los miembros; indicación en grados de la posible reducción funcional de los movimientos de articulaciones):

.....

.....

.....

.....

7 Aparato génito-urinario

.....

Resultado del análisis de orina y de los otros posibles exámenes (azotemia, pielografía, examen ginecológico etc.) con indicación de la fecha:

.....

.....

.....

8 Sistema nervioso y psíquico
(reflejos de las pupilas y periféricos, paresias, parálisis, problemas importantes de la sensibilidad, particularidades que afectan al estado psíquico):

.....

Protocolo de electrodiagnóstico o de electroencefalograma:

.....

9 Otros aparatos y sistemas:

.....

.....

10 Análisis de sangre, con indicación de la fecha; porcentaje de hemoglobina y número de eritrocitos, etc. :

.....

.....

11 Otros resultados de reconocimiento, con indicación de la fecha (sedimentación, reacción para el diagnóstico de la sífilis, etc.):

.....

.....

.....

Otros reconocimientos específicos ☐ Son necesarios ☐ No son necesarios

En caso afirmativo, ¿cuáles? .....

Fecha de la solicitud de reconocimiento: .....

C. Diagnóstico e interpretación

1 Diagnósticos, con justificación y valoración.

.....

.....

.....

.....

.....

2 El estado del interesado ☐ Se ha estabilizado ☐ No se ha establizado

.....

.....

3 Fecha de comienzo de la incapacidad para el trabajo (5) (6):

.....

4 Fecha de comienzo de la invalidez actual (7):

.....

5 El interesado ☐ es ☐ no es apto para ejercer una actividad distinta de la ejercida en último lugar.

6 El interesado ☐ es ☐ no es susceptible de ser readaptado.

7 El interesado ☐ está ☐ no está imposibilitado absolutamente para desplazarse.

8 El interesado ☐ está ☐ no está hospitalizado.

En caso afirmativo, duración posible de la hospitalización .....

Eventualmente, fecha de salida .....

9 La ayuda de una tercera persona para realizar los actos ordinarios de la vida ☐ le es necesaria ☐ no le es necesaria

10 La invalidez es ☐ temporal ☐ definitiva

11 Fecha del fín probable de esta invalidez temporal: .....

12 Después de la concesión de la pensión, el estado del interesado

☐ ha mejorado ☐ continúa estacionario ☐ se ha agravado

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

13 El interesado ☐ debe ☐ no debe ser reconocido

En caso afirmativo, indicar la fecha .....

PARTE II — CUESTIONARIO RESERVADO A CIERTAS SITUACIONES

1 A reserva de la opinión de la administración competente y en opinión del médico que expide el presente formulario, la indemnización por la lesión o por la enfermedad que padece el interesado

☐ puede ☐ no puede

considerarse incluida en la legislación sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En caso de que el interesado se beneficiara anteriormente de la legislación sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, pensiones militares, pensiones de víctimas civiles de guerra,

— naturaleza de esta lesión o de esta enfermedad

.....

.....

.....

— grado de invalidez propuesto .....

2 En caso de accidente, fecha de consolidación de la lesión .....

3 Terapéutica indicada

.....

.....

.....

.....

El interesado ☐ la acepta ☐ no la acepta

4 La continuación de la asistencia médica

☐ es ☐ no es susceptible de producir una mejora del estado del interesado

☐ es ☐ no es susceptible de permitir una curación

5 Grado de invalidez para el trabajo de minas (solamente si se trata de un minero) (8)

en el fondo ..... en la superficie .....

(En su caso, adjuntar un formulario E 214)

6 El interesado ☐ se encuentra ☐ no se encuentra en la necesidad

☐ de dejar de trabajar en la mina

☐ de cambiar de empleo

7 Grado de incapacidad para el ejercicio de una profesión agrícola no asalariada (en el caso de una persona que haya ejercido en Francia, en calidad de agricultor no asalariado (9) .....

7.1 Para los asegurados de <60 años ☐ inaptitud total ☐ incapacidad > 2/3

☐ incapacidad < 2/3 (9)

7.2 Para los asegurados de ≥60 años ☐ incapacidad ≥50 % ☐ incapacidad <50 % (9)

☐ incapacidad 100 % (9 bis)

Observaciones: .....

.....

.....

PARTE III — CONCLUSIONES

1 Fecha efectiva de cesación del trabajo: .....

2 La invalidez para el trabajo ejercido en último lugar es

☐ total ☐ parcial

Si es parcial, indicar el grado (9): .....

3 Grado de invalidez para todo otro trabajo en relación con las aptitudes del interesado (8)

.....

4 Clase de invalidez (9) (10) .....

5 ☐ Se adjunta en el anexo un formulario E 214 completado (11)

5.1 ☐ No se adjunta formulario E 214 por la razón siguiente (11):

Vistas las comprobaciones que resultan de mi reconocimiento
(y de los posibles reconocimientos específicos),

☐ estimo que el interesado estará totalmente apto para reanudar su trabajo en ..... meses.

☐ Concluyo que el interesado se encuentra en un estado permanente de incapacidad total para el trabajo.

6

6.1 Fecha: .....

6.2 Firma del médico: .....

7 Institución que ha hecho proceder al reconocimiento

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección (2): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

E 213

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 7 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que ha hecho proceder al reconocimiento; B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(2 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(2 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

(3) Por necesidad de las Instituciones belgas, indicar, en la medida de lo posible, todas las profesiones ejercidas por el asegurado durante su carrera utilizando, en su caso, hojas intercalares.

(4) Estos elementos son indispensables cuando la solicitud de pensión de invalidez se basa entera o parcialmente en una afección relativa al aparato respiratorio.

(5) Cuando el informe se destine a una Institución neerlandesa o se expida por una Institución holandesa, indicar el primer día del período en curso de ausencia por enfermedad.

(6) A cumplimentar de forma idéntica al punto 7.1 del formulario E 204.

(7) Cuando el informe se destine a una Institución neerlandesa indicar el primer día de concesión de las indemnizaciones de invalidez.

(8) No afecta a la República Federal de Alemania, Irlanda, Países Bajos y el Reino Unido.

(9) No afecta a los Países Bajos.

(9 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas y francesas.

(10) A cumplimentar solamente cuando el reconocimiento médico se haga para la decisión sobre una solicitud de pensión.

(11) A cumplimentar únicamente cuando el formulario E 213 se destine a una institución alemana o neerlandesa o se expida por un médico alemán o neerlandés.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 4

E 214 ☐ (1)

INFORME MÉDICO RELATIVO A LA EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES Y LÍMITES FUNCIONALES

Reglamento 1408/71: artículos 39 a 41; artículo 87

Se acompañará al formulario E 213 **cuando esta indicación figure en el punto 5 de la parte III del mismo** *o incluso cuando lo solicite una Institución competente de otro Estado miembro.*

1 Institución a la que está destinado el informe

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

2 Persona reconocida

2.1 Apellido(s) (2 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quater) .....

2.4 Dirección (2): .....

.....

2.5 Última profesión ejercida: .....

2.6 ☐ Número de afiliación: .....

2.7 ☐ Número de pensión: .....

3 Informe extendido por el médico

3.1 Apellido: ..... Nombres: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Médico controlador de: .....

4 Se adjunta el formulario ☐ E 204 ☐ E 213

	Preguntas	Respuestas						Observaciones
		Sí	Ocasionalmente	Frecuentemente	En jornada completa	En jornada parcial	No	
5	Puede el asegurado							
5.1	realizar trabajos pesados?	☐					☐	
5.2	realizar trabajos semi-pesados?	☐					☐	
5.3	realizar trabajos ligeros?	☐					☐	
5.4	trabajar principalmente de pie o andando?	☐			☐	☐	☐	..... horas al día
5.5	trabajar principalmente sentado?	☐			☐	☐	☐	..... horas al día
5.6	trabajar alternativamente de pie, sentado o andando?	☐			☐	☐	☐	..... horas al día
5.7	trabajar encorvado?	☐	☐	☐			☐	
5.8	trabajar en cuclillas?	☐	☐	☐			☐	
5.9	trabajar de rodillas?	☐	☐	☐			☐	
5.10	trabajar acostado?	☐	☐	☐			☐	
5.11	trabajar con los brazos levantados?	☐					☐	
5.12	trabajar en un ambiente seco?	☐	☐	☐			☐	
5.13	trabajar en un ambiente húmedo?	☐	☐	☐			☐	
5.14	trabajar en un ambiente frío?	☐	☐	☐			☐	
5.15	trabajar en un ambiente cálido?	☐	☐	☐			☐	
5.16	trabajar en un ambiente muy cálido?	☐	☐	☐			☐	
5.17	trabajar en el agua?	☐	☐	☐			☐	
5.18	estar expuesto a cambios bruscos de temperatura?	☐					☐	
5.19	trabajar al aire libre?	☐					☐	
5.20	trabajar en locales cerrados?	☐					☐	
5.21	trabajar en espacios angostos (conductos, lugares en que hay que introducirse reptando, etc.)?	☐	☐	☐			☐	
5.22	subir escaleras?	☐	☐	☐			☐	
5.23	utilizar escalas?	☐	☐	☐			☐	
5.24	subir a los techos?	☐	☐	☐			☐	
	levantar y llevar cargas ocasionalmente o de modo repetido (cargar y descargar, etc)?							
5.25	pesos pesados (más de 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.26	pesos medios (de 10 a 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.27	pesos ligeros (de 5 a 10 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.28	pesos muy ligeros (menos de 5 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.29	Debe utilizar el asegurado una técnica particular para levantar y llevar carga (por ejemplo, derecha la espalda, flexionando las rodillas)?						☐	
5.30	Es alérgico a ciertas substancias?	☐					☐	En caso afirmativo, precisar las substancias y precauciones. En este caso detallar cuáles son esas precauciones
5.31	Necesita accesorios especiales para trabajar (por ejemplo, una silla regulable, polifuncional etc.)?	☐					☐	
5.32	Puede utilizar los transportes en común?	☐					☐	
5.33	Qué distancia puede recorrer a pie aproximadamente?							..... km

Preguntas		Respuestas						Observaciones
		Sí	Ocasionalmente	Frecuentemente	En jornada completa	En jornada parcial	No	
5.34	en bicicleta?							..... km
5.35	en velomotor?							..... km
5.36	en automóvil?							..... km
5.37	en silla de ruedas?							.....
5.38	en vehículo de motor?							..... km
5.39	puede trabajar con otros?	☐					☐	
5.40	puede utilizar máquinas o aparatos que ofrezcan determinados peligros?	☐					☐	
5.41	puede ocuparse en trabajos de dirección, de supervisión? o de organización, como puede ser el caso si la empresa le pertenece?	☐					☐	
5.42	deben tenerse en cuenta ciertas particularidades psicológicas para determinadas actividades?	☐					☐	En caso afirmativo, precisar cuáles y para qué actividades.
5.43	Hay que formular alguna reserva, en cuanto al ritmo de trabajo?	☐					☐	En caso afirmativo, precisar el motivo
5.44	*Teniendo en cuenta las respuestas dadas a las preguntas precedentes e incluso en la hipótesis de condiciones de trabajo apropiadas, ¿cabe esperar ausencias prolongadas o frecuentes en razón de deficiencias psíquicas o mentales?.*	☐					☐	

6

Fecha: ..... Firma del médico .....

7 Institución que ha hecho que se proceda al reconocimiento

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección (2): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

E 214

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que ha ordenado el reconocimiento: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(2 ter) Paras las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(2 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo, indicar expresamente: «ninguno».

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en las páginas 4 y 5

E 215 ☐ (1)

INFORME ADMINISTRATIVO SOBRE LA SITUACIÓN DE UN PENSIONISTA

Reglamento 574/72: artículo 40 y 51

1 Institución destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

2 Titular de pensión

2.1 Apellido familiar (3): .....

2.2 Apellido de nacimiento (3): .....

2.3 Nombres (4): .....

2.4 Apellidos anteriores (5): .....

2.5 Sexo (6): .....

2.6 Apellido y nombres del padre (7): .....

2.7 Apellido y nombres de la madre (7): .....

2.8 Estado civil ☐ soltero ☐ divorciado que ha contraído nuevas nupcias (8) ☐ separado

☐ casado ☐ divorciado que no ha contraído nuevas nupcias (8) ☐ viudo

2.9 Número de afiliación (Institución de instrucción): .....

2.10 Número de afiliación (Institución correspondiente)(9): .....

2.11 Naturaleza de la pensión: .....

3 Nacionalidad (10): ..... D.N.I (10 bis): .....

4 Nacimiento

4.1 Fecha (11): .....

4.2 Localidad (12): .....

4.3 Provincia o departamento (13): .....

4.4 País (14): .....

5 Dirección (2) (15)

.....

.....

6 Cónyuge

6.1 Apellido(s) (3)

.....

6.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Sexo .....

6.3 Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento (12): .....

6.4 Dirección (2) (16): .....

.....

6.5 Fecha de matrimonio: .....

6.6 El cónyuge ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad profesional

6.7 En caso afirmativo, importe de sus ingresos:

☐ a la semana (17): ..... ☐ al año (18): .....

6.8 El cónyuge ☐ es ☐ no es titular de una pensión o de una renta

del régimen ☐ asalariados ☐ no asalariados

En caso afirmativo:

6.9 Naturaleza de la pensión o de la renta: .....

6.10 Número de la pensión o de la renta (10 bis): .....

6.11 Institución deudora: .....

6.12 Importe: ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual .....

6.13 El cónyuge (19) ☐ se beneficia ☐ no se beneficia de otras prestaciones

☐ desempleo ☐ enfermedad ☐ invalidez ☐ otras

6.14 Fecha de iniciación: .....

6.15 Importe ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual .....

6.16 Otros recursos conocidos Naturaleza: .....

Importe (20): .....

7 Hijos

7.1 Apellido (s) (3)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco
1.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7.2 Dirección (2) (21): .....

.....

7.3 Observaciones (22) (22 bis): .....

8 Ascendientes a cargo (23)

8.1 Apellido(s) (3)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

8.2 Dirección (2) (21): .....

.....

8.3 Observaciones: .....

.....

9 Prestaciones

9.1 El aseguradó	ha solicitado las prestaciones siguientes	y/o se beneficia de las prestaciones siguientes
9.2 Continuación del pago del salario en caso de enfermedad	☐	☐
9.3 Indemnizaciones del seguro de enfermedad por incapacidad para el trabajo	☐	☐
9.4 Indemnizaciones en caso de reeducación	☐	☐
9.5 Pensión de invalidez	☐	☐
9.6 Pensión de vejez	☐	☐
9.7 Pensión de supervivencia	☐	☐
9.8 Renta de accidente de trabajo o de enfermedad profesional	☐	☐
9.9 Prestaciones de desempleo	☐	☐

9.10 Instituciones deudoras de las prestaciones mencionadas de 9.3 a 9.9 [denominación, dirección (2)]

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

9.11 Informaciones suplementarias relativas a las prestaciones mencionadas de 9.3 a 9.9

	Número de referencia	Período o fecha de efectos	Importe
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual
ad 9.....	.....	.....	☐ semanal ☐ mensual ☐ anual

10 Otras actividades

10.1 El titular de pensión

☐ no ejerce ninguna actividad
☐ ejerce una actividad asalariada ☐ piensa ejercer una actividad asalariada (24)
☐ ejerce una actividad no asalariada ☐ piensa ejercer una actividad no asalariada (24)

naturaleza de la actividad: .....

10.2 Fecha de iniciación de la actividad actual: .....

10.3 Duración del trabajo: ..... horas a la semana

10.4 Importe de la retribución ☐ diaria ☐ semanal ☐ mensual .....

10.5 Retribución ☐ diaria ☐ semanal ☐ mensual
de un trabajador válido asalariado comparable para una duración normal de trabajo.

de ..... horas al:
☐ día ☐ semana ☐ mes .....

10.6 Período(s) correspondiente(s) a la retribución mencionada en 10.4

.....

11 El titular de la pensión arriba indicada ha fallecido el .....

12 Otras observaciones: .....

.....

13 Institución que ha redactado el informe

13.1 Denominación: .....

13.2 Dirección (2): .....

.....

.....

13.3 Sello

13.4 Fecha: .....

13.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 5 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que ha redactado el informe: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

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

(4) Indicar todos los nombres según el orden en el registro civil.

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

(6) M = masculino; F = femenino.

(7) Información necesaria cuando el trabajador es un nacional español o un nacional francés que no ha nacido en el territorio metropolitano francés.

(8) Se cumplimentará en la medida de lo posible por necesidad de las instituciones alemanas, francesas, italianas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas. Cuando la institucion no dispusiera de la información, la institución competente debe dirigirse directamente al interesado.

(9) Si el formulario está destinado a una institución danesa, indicar el número CPR y eventualmente el número ATP.

(10) Indicar la fecha de nacionalización, en su caso.

(10 bis) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno».

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

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

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

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

(15) Si el formulario se dirige a una institución danesa, indicar la última dirección del solicitante en Dinamarca en el recuadro que figura a continuación:

Dirección (2): ....

(16) A cumplimentar únicamente por necesidad de una institución danesa.

(17) A cumplimentar únicamente por necesidad de instituciones irlandesas y del Reino Unido.

(18) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, danesas, francesas, italianas, luxemburguesas, neerlandesas y portuguesas.

(19) No afecta a las instituciones luxemburguesas.

(20) Se cumplimentará por necesidad de las instituciones belgas, alemanas, italianas y portuguesas (importe mensual), francesas (importe trimestral), danesas y neerlandesas (importe anual).

(21) Indicar la dirección común. Si uno de los hijos o uno de los ascendientes reside en domicilio diferente, indicarlo en el recuadro siguiente:

Apellido y Nombres: ..... Dirección (2): ....

(22) Indicar si el hijo está casado, enfermo, ha fallecido (fecha de la defunción), es aprendiz o continúa sus estudios.

(22 bis) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar si el hijo inválido es, además, titular de una pensión de invalidez por derecho propio.

(23) A cumplimentar por necesidad de las instituciones belgas, alemanas y francesas.

(24) Para las necesidades de las instituciones españolas, indicar si esta actividad supone la afiliación obligatoria al seguro de pensión.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 301 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS PERÍODOS COMPUTABLES PARA LA CONCESIÓN DE LAS PRESTACIONES POR DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 67; artículo 68; artículo 71.1.a.ii; artículo 71.1.b.ii
Reglamento 574/72: artículo 80; artículo 81; artículo 84.2

Se expedirá por la institución competente en materia de desempleo o por la institución designada por la autoridad competente del país en donde el trabajador asalariado en situación de desempleo haya estado asegurado con anterioridad. Se entregará al interesado o se enviará a la institución competente.

1 Trabajador asalariado

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

1.2 Nombres
.....

Apellido de soltera (1 bis)
.....

Fecha de nacimiento
.....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter)
.....

Nacionalidad
.....

D.N.I (1 quater)
.....

1.4 Dirección del trabajador en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (11)
.....
.....

2 El trabajador anteriormente indicado ha cubierto, en el transcurso,

2.1 ☐ del año (2) ☐ de los dos años (2) ☐ de los tres años (2)
☐ de más de tres años (2) ☐ de los cuatro años (2)
que preceden a la finalización de su último empleo.

3 Los períodos de seguro correspondientes a un actividad asalariada y los períodos asimilados citados a continuación (3)

3.1 Períodos de seguro

del	al

3.2 Períodos asimilados

del	al	Motivo de la asimilación (4)

4 Los períodos de empleo asalariado y períodos asimilados citados a continuación (3):

4.1 Períodos de empleo (5 bis)

del	al	Actividad ejercida (5)

4.2 Períodos asimilados

del	al	Motivo de la asimilación (4)

5 **Información sobre el último empleo ocupado:**

Rama de actividad	Actividad ejercida (6) (por ej: «albañil», no «obrero de la construcción»	Retribución semanal media aproximada (7)

5.1 motivo del cese ☐ despido ☐ dimisión ☐ extinción del contrato ☐ rescisión de común acuerdo ☐ otros motivos .....

6 El interesado

6.1 ☐ ha recibido o tiene que recibir una retribución durante el período siguiente al cese en el trabajo hasta el .....

6.2 ☐ ha recibido o tiene que recibir, con motivo del cese en el trabajo, una indemnización u otros pagos análogos, por un importe de: .....

6.3 ☐ ha recibido o tiene que recibir una indemnización, como sustitución del permiso anual, de un importe de ..... por ..... días (8)

6.4 ☐ ha renunciado a los siguientes derechos, derivados del contrato de trabajo (9):

.....

Motivo: .....

6.5 ☐ tiene derecho a la prejubilación.

7 Desde el inicio del primer período arriba indicado, el interesado se ha beneficiado de las prestaciones por desempleo (10):

del	al

8 ☐ El interesado tiene derecho a las prestaciones en virtud del artículo 69 del Reglamento 1408/71.
(Certificación E 303 por el período del ..... al .....
expedida el .....)

9 ☐ El interesado no tiene derecho a las prestaciones en virtud del artículo 69 del Reglamento 1408/71.

9.1 ☐ porque no tiene derecho en virtud de la legislación aplicada por la institución que expide la certificación presente.

9.2 ☐ porque no ha quedado a disposición de los servicios de empleo del país competente durante cuatro semanas a partir del inicio del desempleo y no ha sido autorizado a marcharse antes del finalizar dicho plazo.

10 ☐ El interesado no tiene derecho a las prestaciones en virtud del artículo 71.1.a.i o del artículo 71.1.b.i del Reglamento 1408/71 respecto a la institución que expide la presente certificación.

11 Institución que expide la certificación:

11.1 Denominación: .....

11.2 Dirección (11): .....

.....

11.3 Sello:

11.4 Fecha: .....

11.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres e imprenta, utilizando únicamante las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Paises Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) Un año si la certificación va dirigida a una institución francesa, luxemburguesa o neerlandesa; dos años si va dirigida a una institución italiana que, además, podrá pedir información sobre la vida laboral completa del interesado en el extranjero; tres años si va dirigida a una institución belga, danesa, griega, irlandesa o del Reino Unido; cuatro años si está destinada a una institución alemana o española y más de tres si está destinada a una institución portuguesa.

(3) Si el desglose de los datos pedidos en los puntos 3.1 y 3.2, 4.1 y 4.2 no está disponible, indicar el total en el punto 3.1 o 4.1 según proceda.

(4) Por ejemplo: enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, servicio militar, formación profesional, desempleo comprobado, etc.

(5) Cumplimentar cuando la certificación vaya dirigida a una institución belga, alemana, griega, francesa, italiana o portuguesa.

(5 bis) Para las necesidades de las instituciones danesas, indicar también el número de horas de trabajo realizadas en el curso de dichos períodos.

(6) Precisar si se trata de una actividad de temporada.

(7) Cumplimentar, si es posible, cuando el formulario vaya dirigido a una institución alemana, griega, francesa, neerlandesa o portuguesa.

(8) Cumplimentar cuando la certificación vaya dirigida a una institución belga, danesa, alemana, española, francesa, italiana o neerlandesa.

(9) Cumplimentar cuando la certificación vaya dirigida a una institución belga, danesa, italiana, neerlandesa o portuguesa.

(10) Se cumplimentará si el certificado está destinado a una institución alemana, griega, española, francesa, italiana o portuguesa.

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

E 301 intercalar

RECUADRO 3

PERÍODOS DE SEGURO Y PERÍODOS ASIMILADOS

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA NECESARIA PARA LAS INSTITUCIONES ESPAÑOLAS

A cumplimentar cuando el trabajador desempleado tiene 55 o más años de edad y reside en España.

El trabajador designado en el recuadro 1 ha cumplido en el curso de su vida laboral los períodos de seguro y asimilados siguientes:

1. Períodos de seguro correspondientes a una actividad asalariada.

Períodos de seguro y períodos asimilados cubiertos			Períodos de seguro		Períodos asimilados		Profesión
Año	del	al	Años	Días	Años	Días	

2. Períodos de seguro correspondientes a una actividad no asalariada

desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta

①

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 302 [ ] (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL TRABAJADOR ASALARIADO EN DESEMPLEO QUE HAN DE SER TENIDOS EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LAS PRESTACIONES

Reglamento 1408/71: artículo 68.2
Reglamento 574/72: artículo 82

Se expedirá por la institución designada del país de residencia de los miembros de la familia. Se entregará al trabajador asalariado en desempleo o se enviará a la institución competente.

1 Trabajador asalariado en desempleo

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

2 Miembros de la familia

Número de orden	Apellido (1 bis)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Lugar de residencia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

3 Si procede, ingresos de los miembros de la familia (naturaleza y cuantía mensual, incluidas las prestaciones sociales)

Número de orden (2)	Miembros de la familia	Naturaleza de los ingresos	Cuantía

4 Hasta iniciar el desempleo el trabajador asalariado en desempleo mantenía a los miembros de su familia indicados en los números de orden

.....

4.1 El miembro de la familia mencionado bajo el número de orden

..... no puede, a causa de deficiencias físicas o mentales, subvenir a su propia subsistencia por medio del trabajo (3).

4.2 Los suplementos familiares para los miembros de la familia indicados en los números de orden

.....

se han abonado a otra persona así como las prestaciones por desempleo durante el período

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

4.3 Información que interesa únicamente a las instituciones del Reino Unido:

Con excepción del período de empleo en el Reino Unido, el trabajador asalariado en desempleo y su cónyuge

☐ viven bajo el mismo techo ☐ no viven bajo el mismo techo

4.4 La presente certificación tendrá validez durante doce meses a partir de la fecha de su expedición.

5 Institución que expide la certificación

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (4): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

6 Declaración del trabajador asalariado en desempleo (5)

6.1 El trabajador asalariado en desempleo indicado en el recuadro 1 declara que los miembros de su familia mencionados en los números de orden

..... del recuadro 2

☐ se han tenido ☐ no se han tenido

en cuenta para el cálculo de las prestaciones por desempleo debidas a otra persona en virtud de la legislación del Reino Unido.

6.2 Fecha: .....

6.3 Firma del trabajador asalariado en desempleo

.....

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federalde Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Para cada miembro de la familia mencionado en este recuadro, volver a mencionar el número de orden indicado en el recuadro 2.

(3) Cumplimentar cuando el formulario vaya dirigido a una institución belga, griega, española, francesa o del Reino Unido.

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

(5) Se cumplimentará por el trabajador asalariado en desempleo únicamente cuando la certificación haya sido expedida por una institución del Reino Unido.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 303/0 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 69
Reglamento 574/72: artículo 26.2; artículo 83.1 a 3; artículo 97

1	Desempleado	Número de afiliación: .....
1.1	Apellido(s) (1 bis)	
	.....	
1.2	Nombre	Apellido de soltera (1 bis)	Fecha de nacimiento
	.....	.....	.....
1.3	Lugar de nacimiento (1 ter)	Nacionalidad	D.N.I (1 quater)
	.....	.....	.....
1.4	Dirección del desempleado en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (6)	
	.....	
	.....	

2 En las condiciones previstas en el artículo 69 del Reglamento 1408/71, el desempleado arriba indicado tiene derecho a las prestaciones de desempleo a partir de su inscripción en el servicio de empleo del país en que busca trabajo.

3 Podrá, sin embargo beneficiarse ya de prestaciones a partir del ..... a condición de inscribirse como solicitante de empleo a más tardar el ..... , en los servicios de empleo (2) del país en que busca trabajo (2 bis).

3.2 Sólo podrá beneficiarse de las prestaciones a partir del ..... ya que hasta esta fecha está en suspensión el derecho a las prestaciones (2 bis).

4 El desempleado tiene derecho a las prestaciones por un tiempo máximo de ..... días, en virtud del artículo 69 del reglamento 1408/71,
sin que pueda sobrepasar el .....

4.1. 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,
o las prestaciones se concederán por ..... días al mes.

4.2 Importe diario de las prestaciones de desempleo:
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de: ..... neto
a partir del .....
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto.

4.3 Importe semanal de las prestaciones de desempleo: ..... neto,
y a partir del .... neto.

4.4 Importe mensual de las prestaciones de desempleo ..... neto (2 ter).

5 El abono de las prestaciones deberá suspenderse en las circunstancias siguientes (Reglamento 574/72, artículo 83.1.e y artículo 83.3):

5.1 — cuando el desempleado haya aceptado un empleo asalariado permanente (3) o ejerza una actividad no asalariada.

5.2 — cuando el desempleado se beneficie de una retribución ocasional procedente de una actividad distinta de las indicadas en el punto 5.1 anterior (en este caso, el abono de las prestaciones deberá suspenderse por el número de días durante los cuales el interesado se beneficie de dicha retribución ocasional);

5.3 — cuando el desempleado rehuse una oferta de empleo o no se presente cuando le convoquen los servicios de empleo;

5.4 — cuando el desempleado rehuse una oferta de readaptación profesional o deje de participar en ella (4);

5.5 — cuando el desempleado no se someta al control o deje de someterse;

5.6 — cuando el desempleado padezca una incapacidad permanente para el trabajo (5);

5.7 — cuando el desempleado padezca una incapacidad temporal para el trabajo [en este caso, se suspenderá el abono de las prestaciones hasta una nueva inscripción (5 bis)];

5.8 — cuando el desempleado no esté ya a disposición de los servicios de empleo;

5.9 — cuando el número de miembros de la familia que den derecho al incremento disminuya o cuando uno de dichos miembros disponga de una de las retribuciones mencionadas en el formulario E 302 (en este caso, la prestación se abonará con la deducción del incremento familiar);

6	Institución que cumplimenta el formulario

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (6) .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

La Institución competente del último país de empleo cumplimentará la serie de formularios E 303/0 a E 303/4 en la parte que le corresponde; conservará el ejemplar E 303/0 y remitirá el resto de la serie al desempleado, incluido el E 303/5, o, en su caso, lo enviará a la Institución competente en materia de desempleo del lugar en que el desempleado busca empleo.

El formulario se cumplimentará en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Paises Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) En Italia, en los Países Bajos y en Portugal, el desempleado deberá presentar además una solicitud de prestaciones en la institución competente en materia de seguro de desempleo, a través de la oficina de colocación.

(2 bis) Tachar lo que no proceda.

(2 ter) Tachar esta línea cuando la legislación que aplique la institución que sirve las prestaciones por cuenta de la otra no disponga ningún importe mensual.

(3) Según la legislación italiana, se considera como permanente una actividad de más de 5 días; según las legislaciones belga, española, neerlandesa y del Reino Unido, una actividad que suponga al menos un día de trabajo normal. Según la legislación griega, una actividad que suponga al menos tres días de trabajo a la semana.

(4) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones si la certificación ha sido expedida por una Institución danesa.

(5) O cuando el desempleado se beneficie de una pensión de vejez o de invalidez, si la certificación la extiende una Institución alemana o luxemburguesa.

(5 bis) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones, si la certificación ha sido expedida por una institución luxemburguesa o portuguesa.

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 303/1 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 69
Reglamento 574/72: artículo 26.2; artículo 83.1 a 3; artículo 97

Este ejemplar está destinado a la Institución del seguro de desempleo del lugar donde el desempleado busca un empleo. Debe servir de base para el abono de las prestaciones de desempleo (Reglamento 574/72: artículo 83.1).

1 Desempleado — Número de afiliación: .....

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección del desempleado en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 En las condiciones previstas en el artículo 69 del Reglamento 1408/71, el desempleado arriba indicado tiene derecho a las prestaciones de desempleo a partir de su inscripción en el servicio de empleo del país en que busca trabajo.

3 Podrá, sin embargo, beneficiarse ya de prestaciones a partir del ..... a condición de inscribirse como solicitante de empleo a más tardar el ..... , en los servicios de empleo (2) del país en que busca trabajo (2 bis).

3.1 Sólo podrá beneficiarse de las prestaciones a partir del ..... ya que hasta esta fecha está en *suspensión el derecho* a las prestaciones (2 bis).

4 El desempleado tiene derecho a las prestaciones por un tiempo máximo de ..... días, en virtud del artículo 69 del reglamento 1408/71, sin que pueda sobrepasar el .....

4.1 Las prestaciones se concederán por todos los días de la semana, excepto
☐ el lunes ☐ el martes ☐ el miércodes ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo
o las prestaciones se concederán por ..... días al mes.

4.2 Importe diario de las prestaciones de desempleo:
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto
a partir del .....
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto.

4.3 Importe semanal de las prestaciones de desempleo: ..... neto,
y, a partir del .... neto.

4.4 Importe mensual de las prestaciones de desempleo ..... neto (2 ter).

5 El abono de las prestaciones deberá suspenderse en las circunstancias siguientes (Reglamento 574/72, artículo 83.1. e y artículo 83.3):

5.1 — cuando el desempleado haya aceptado um empleo asalariado permanente (3) o ejerza una actividad no asalariada;

5.2 — cuando el desempleado se beneficie de una retribución ocasional procedente de una actividad distinta de las indicadas en el punto 5.1 anterior (en este caso, el abono de las prestaciones deberá suspenderse por el número de días durante los cuales el interesado se beneficie de dicha retribución ocasional);

5.3 — cuando el desempleado rehuse una oferta de empleo o no se presente cuando le convoquen los servicios de empleo;

5.4 — cuando el desempleado rehuse una oferta de readaptación profesional o deje de participar en ella (4);

5.5 — cuando el desempleado no se someta al control o deje de someterse;

5.6 — cuando el desempleado padezca una incapacidad permanente para el trabajo (5);

5.7 — cuando el desempleado padezca una incapacidad temporal para el trabajo [en este caso, se suspenderá el abono de las prestaciones hasta una nueva inscripción (5 bis)];

5.8 — cuando el desempleado no esté ya a disposición de los servicios de empleo;

5.9 — cuando el número de miembros de la familia que den derecho al incremento disminuya o cuando uno de dichos miembros disponga de una de las retribuciones mencionadas en el formulario E 302 (en este caso, la prestación se abonará con la deducción del incremento familiar);

6	Institución que cumplimenta el formulario	
6.1	Denominación:	.....
6.2	Dirección (6)	.....
		.....
6.3	Sello	
	6.4 Fecha:	.....
	6.5 Firma	
		.....

INSTRUCCIONES

La Institución competente del último país de empleo cumplimentará la serie de formularios E 303/0 a E 303/4 en la parte que le corresponde; conservará el ejemplar E 303/0 y remitirá el resto de la serie al desempleado, incluido el E 303/5, o, en su caso, lo enviará a la Institución competente en materia de desempleo del lugar en que el desempleado busca empleo.

El formulario se cumplimentará en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Paises Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) En Italia, en los Países Bajos y en Portugal, el desempleado deberá presentar además una solicitud de prestaciones en la Institución competente en materia de seguro de desempleo, a través de la oficina de colocación.

(2 bis) Tachar lo que no proceda.

(2 ter) Tachar esta línea cuando la legislación que aplique la institución que sirve las prestaciones por cuenta de la otra no disponga ningún importe mensual.

(3) Según la legislación italiana, se considera como permanente una actividad de más de 5 días; según las legislaciones belga, española, neerlandesa y del Reino Unido, una actividad que suponga al menos un día de trabajo normal. Según la legislación griega, una actividad que suponga al menos tres días de trabajo a la semana.

(4) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones si la certificación ha sido expedida por una Institución danesa.

(5) O cuando el desempleado se beneficie de una pensión de vejez o de invalidez, si la certificación la extiende una Institución alemana o luxemburguesa.

(5 bis) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones, si la certificación ha sido expedida por una institución luxemburguesa o portuguesa.

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 303/2 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 69
Reglamento 574/72: artículo 26.2; artículo 83.1 a 3; artículo 97

Este ejemplar deberá devolverse a la institución competente, para comunicarle la inscripción del desempleado y la iniciación del abono de las prestaciones (Reglamento 574/72: artículo 83.3).

1 Desempleado — Número de afiliación: .....

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección del desempleado en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 En las condiciones previstas en el artículo 69 del Reglamento 1408/71, el desempleado arriba indicado tiene derecho a las prestaciones de desempleo a partir de su inscripción en el servicio de empleo del país en que busca trabajo.

3 Podrá, sin embargo, beneficiarse ya de prestaciones a partir del ..... a condición de inscribirse como solicitante de empleo a más tardar el ..... , en los servicios de empleo (2) del país en que busca trabajo (2 bis).

3.1 Sólo podrá beneficiarse de las prestaciones a partir del ..... ya que hasta esta fecha está en suspensión el derecho a las prestaciones (2 bis).

4 El desempleado tiene derecho a las prestaciones por un tiempo máximo de ..... días, en virtud del artículo 69 del Reglamento 1408/71, sin que pueda sobrepasar el .....

4.1. 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,
o las prestaciones se concederán por ..... días al mes.

4.2 Importe diario de las prestaciones de desempleo:
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de: ..... neto
y a partir del .....
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto.

4.3 Importe semanal de las prestaciones de desempleo: ..... neto,
y a partir del .... neto.

4.4 Importe mensual de las prestaciones de desempleo ..... neto (2 ter).

5 El abono de las prestaciones deberá suspenderse en las circustancias siguientes (Reglamento 574/72, artículo 83.1. e y artículo 83.3):

5.1 — cuando el desempleado haya aceptado um empleo asalariado permanente (3) o ejerza una actividad no asalariada;

5.2 — cuando el desempleado se beneficie de una retribución ocasional procedente de una actividad distinta de las indicadas en el punto 5.1 anterior (en este caso, el abono de las prestaciones deberá suspenderse por el número de días durante los cuales el interesado se beneficie de dicha retribución ocasional);

5.3 — cuando el desempleado rehuse una oferta de empleo o no se presente cuando le convoquen los servicios de empleo;

5.4 — cuando el desempleado rehuse una oferta de readaptación profesional o deje de participar en ella (4);

5.5 — cuando el desempleado no se someta al control o deje de someterse;

5.6 — cuando el desempleado padezca una incapacidad permanente para el trabajo (5);

5.7 — cuando el desempleado padezca una incapacidad temporal para el trabajo [en este caso, se suspenderá el abono de las prestaciones hasta una nueva inscripción (5 bis)];

5.8 — cuando el desempleado no esté ya a disposición de los servicios de empleo;

5.9 — cuando el número de miembros de la familia que den derecho al incremento disminuya o cuando uno de dichos miembros disponga de una de las retribuciones mencionadas en el formulario E 302 (en este caso, la prestación se abonará con la deducción del incremento familiar);

6	Institución que cumplimenta el formulario
6.1	Denominación: .....
6.2	Dirección (6): .....
	.....

A cumplimentar por la institución del país en que el desempleado busca un empleo.

7 Certificamos

7.1 que el desempleado arriba indicado se ha inscrito como solicitante de empleo el

.....

7.2 y se beneficia de las prestaciones de desempleo desde el

.....

8	Institución del país en que el desempleado busca un empleo
8.1	Denominación: .....
8.2	Dirección (6): .....
	.....
8.3	Sello
8.4	Fecha: .....
8.5	Firma
	.....

INSTRUCCIONES

La institución competente del último país de empleo cumplimentará la serie de formularios E 303/0 a 303/4 en la parte que le corresponde; conservará el ejemplar E 303/0 y remitirá el resto de la serie al desempleado, comprendido el E 303/5, o, en su caso, lo enviará a la institución competente en materia de desempleo del lugar en que el desempleado busca un empleo. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

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

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) En Italia, en los Países Bajos y en Portugal, el desempleado debe presentar además una solicitud de prestaciones en la institución competente en materia de seguro de desempleo, a través de la oficina de colocación.

(2 bis) Tachar lo que no proceda.

(2 ter) Tachar esta línea cuando la legislación que aplique la institución que sirve las prestaciones por cuenta de la otra no disponga ningún importe mensual.

(3) Según la legislación italiana, se considera permanente una actividad de más de 5 días; según las legislaciones belga, española, neerlandesa y del Reino Unido, una actividad que suponga al menos un día de trabajo normal. Según la legislación griega, una actividad que suponga al menos tres días de trabajo a la semana.

(4) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones si la certificación ha sido expedida por una institución danesa.

(5) O cuando el desempleado se beneficie de una pensión de vejez o de invalidez, si la certificación la extiende una institución alemana o luxemburguesa.

(5 bis) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones, si la certificación ha sido expedida por una institución luxemburguesa o portuguesa.

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 303/3 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 69
Reglamento 574/72: artículo 26.2; artículo 83.1 a 3; artículo 97

Este ejemplar está destinado a la institución del seguro de enfermedad del lugar en que el desempleado, busca un empleo (Reglamento 574/72: artículo 26.2).

1 Desempleado — Número de afiliación: .....

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Fecha de nacimiento .....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección del desempleado en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 En las condiciones previstas en el artículo 69 del Reglamento 1408/71, el desempleado arriba indicado tiene derecho a las prestaciones de desempleo a partir de su inscripción en el servicio de empleo del país en que busca trabajo.

3. Podrá, sin embargo, beneficiarse ya de prestaciones a partir del ..... a condición de inscribirse como solicitante de empleo a más tardar el ..... , en los servicios de empleo (2) del país en que busca trabajo (2 bis).

3.1 Sólo podrá beneficiarse de las prestaciones a partir del ..... ya que hasta esta fecha está en suspensión el derecho a las prestaciones (2 bis).

4 El desempleado tiene derecho a las prestaciones por un tiempo máximo de ..... días, en virtud del artículo 69 del Reglamento 1408/71, sin que pueda sobrepasar el .....

4.1 Las prestaciones se concederán por todos los días de la semana, excepto
☐ de lunes ☐ el martes ☐ el miércoles ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo,
o les prestaciones se concederán por ..... días al mes.

4.2 Importe diario de las prestaciones de desempleo:
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de: ..... neto
y, a partir del .....
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto.

4.3 Importe semanal de las prestaciones de desempleo: ..... neto,
y, a partir del .... neto.

4.4 Importe mensual de las prestaciones de desempleo ..... neto (2 ter).

5 El abono de las prestaciones deberá suspenderse en las circunstancias siguientes (Reglamento 574/72, artículo 83.1 e y artículo 83.3):

5.1 — cuando el desempleado haya aceptado um empleo asalariado permanente (3) o ejerza una actividad no asalariada;

5.2 — cuando el desempleado se beneficie de una retribución ocasional procedente de una actividad distinta de las indicadas en el punto 5.1 anterior (en este caso, el abono de las prestaciones deberá suspenderse por el número de días durante los cuales el interesado se beneficie de dicha retribución ocasional);

5.3 — cuando el desempleado rehuse una oferta de empleo o no se presente cuando le convoquen los servicios de empleo;

5.4 — cuando el desempleado rehuse una oferta de readaptación profesional o deje de participar en ella (4);

5.5 — cuando el desempleado no se someta al control o deje de someterse;

5.6 — cuando el desempleado padezca una incapacidad permanente para el trabajo (5);

5.7 — cuando el desempleado padezca una incapacidad temporal para el trabajo [en este caso, se suspenderá el abono de las prestaciones hasta una nueva inscripción (5 bis)];

5.8 — cuando el desempleado no esté ya a disposición de los servicios de empleo;

5.9 — cuando el número de miembros de la familia que den derecho al incremento disminuya o cuando uno de dichos miembros disponga de una de las retribuciones mencionadas en el formulario E 302 (en este caso, la prestación se abonará con la deducción del incremento familiar);

6 Institución que cumplimenta el formulario

6.1 Denominación : .....

6.2 Dirección : (6) .....

.....

Cumpliméntese por la institución del país en que el desempleado busca un empleo y adjúntese al formulario E 119

7 Certificamos

7.1 que el desempleado arriba indicado se ha inscrito como solicitante de empleo el

.....

7.2 y se beneficia de las prestaciones de desempleo desde el

.....

8 Institución del país en que el desempleado busca un empleo

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (6): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

La institución competente del último país de empleo cumplimentará la serie de formularios E 303/0 a E 303/4 en la parte que le corresponde; conservará el ejemplar E 303/0 y remitirá el resto de la serie al desempleado, comprendido el E 303/5, o, en su caso, lo enviará a la institución competente en materia de desempleo del lugar en que el desempleado busca un empleo.

El formulario deberá ser cumplimentado en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) En Italia, en los Países Bajos y en Portugal, el desempleado debe presentar además una solicitud de prestaciones en la institución competente en materia de seguro de desempleo, a través de la oficina de colocación.

(2 bis) Tachar lo que no proceda.

(2 ter) Tachar esta línea cuando la legislación que aplique la institución que sirve las prestaciones por cuenta de la otra no disponga ningún importe mensual.

(3) Según la legislación italiana, se considera permanente una actividad de más de 5 días; según las legislaciones belga, española, neerlandesa y del Reino Unido, una actividad que suponga al menos un día de trabajo normal. Según la legislación griega, una actividad que suponga al menos tres días de trabajo a la semana.

(4) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones si la certificación ha sido expedida por una institución danesa.

(5) O cuando el desempleado se beneficie de una pensión de vejez o de invalidez, si la certificación la extiende una Institución alemana o luxemburguesa.

(5 bis) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones, si la certificación ha sido expedida por una institución luxemburguesa o portuguesa.

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en página 3

E 303/4 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE DESEMPLEO

Reglamento 1408/71: artículo 69
Reglamento 574/72: artículo 26.2; artículo 83.1 a 3; artículo 97

Este ejemplar deberá devolverse a la institución competente a efectos de información y/o para servir de base para el reembolso de las prestaciones de desempleo abonadas por cuenta de dicha institución (Reglamento 574/72, artículo 97)

1 Desempleado — Número de afiliación: .....

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

1.2 Nombre ..... | Apellido de soltera (1 bis) ..... | Fecha de nacimiento .....

1.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... | Nacionalidad ..... | D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección del desempleado en el territorio del Estado al que se destine el certificado (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 En las condiciones previstas en el artículo 69 del Reglamento 1408/71, el desempleado arriba indicado tiene derecho a las prestaciones de desempleo a partir de su inscripción en el servicio de empleo del país en que busca trabajo.

3 Podrá, sin embargo, beneficiarse ya de prestaciones a partir del ..... a condición de inscribirse como solicitante de empleo a más tardar el ..... en los servicios de empleo (2) del país en que busca trabajo (2 bis).

3.1 Sólo podrá beneficiarse de las prestaciones a partir del ..... ya que hasta esta fecha está en suspension el derecho a las prestaciones (2 bis).

4 El desempleado tiene derecho a las prestaciones por un tiempo máximo de ..... días, en virtud del artículo 69 del reglamento 1408/71, sin que pueda sobrepasar el .....

4.1. 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
o las prestaciones se concederán por ..... días al mes.

4.2 Importe diario de las prestaciones de desempleo:
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de: ..... neto
y a partir del .....
..... neto, del cual el incremento por personas a cargo es de ..... neto.

4.3 Importe semanal de las prestaciones de desempleo: ..... neto,
y, a partir del .... neto.

4.4 Importe mensual de las prestaciones de desempleo ..... neto (2 ter).

5 El abono de las prestaciones deberá suspenderse en las circunstancias siguientes (Reglamento 574/72, artículo 83.1. e y artículo 83.3):

5.1 — cuando el desempleado haya aceptado un empleo asalariado permanente (3) o ejerza una actividad no asalariada;

5.2 — cuando el desempleado se beneficie de una retribución ocasional procedente de una actividad distinta de las indicadas en el punto 5.1 anterior (en este caso, el abono de las prestaciones deberá suspenderse por el número de días durante los cuales el interesado se beneficie de dicha retribución ocasional);

5.3 — cuando el desempleado rehuse una oferta de empleo o no se presente cuando le convoquen los servicios de empleo;

5.4 — cuando el desempleado rehuse una oferta de readaptación profesional o deje de participar en ella (4);

5.5 — cuando el desempleado no se someta al control o deje de someterse;

5.6 — cuando el desempleado padezca una incapacidad permanente para el trabajo (5);

5.7 — cuando el desempleado padezca una incapacidad temporal para el trabajo [en este caso, se supenderá el abono de las prestaciones hasta una nuéva inscripción (5 bis)];

5.8 — cuando el desempleado no esté ya a disposición de los servicios de empleo;

5.9 — cuando el número de miembros de la familia que den derecho al incremento disminuya o cuando uno de dichos miembros disponga de una de las retribuciones mencionadas en el formulario E 302 (en este caso, la prestación se abonará con la deducción del incremento familiar);

6 Institución que cumplimenta el formulario

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (6): .....

.....

Cumplimentar por la institución del país en que el desempleado busca un empleo

7 Teniendo en cuenta el certificado antes indicado se han abonado al desempleado las sumas siguientes

Períodos a los que se refieren los pagos		Número de días indemnizados	Fechas en que se han efectuado los pagos	Tipo de cambio aplicado	Importes diarios en .... (7)	Importes diarios en .... (8)	Importes totales abonados en .... (8)
del	al						
1	2	3	4	5	6	7	8
						Total	

Motivo de la suspensión o cese de los pagos

.....

.....

8 Institución del país en que el desempleado busca un empleo

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (6): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma:

.....

INSTRUCCIONES

La institución competente del último país de empleo cumplimentará la serie de formularios E 303/0 a E 303/4 en la parte que le corresponda; conservará el ejemplar E 303/0 y remitirá el resto de la serie al desempleado, comprendido el E 303/5, o, en su caso, lo enviará a la Institución competente en materia de desempleo del lugar en que el desempleado busca empleo.

El formulario se cumplimentará en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(1 quinquies) Si se conoce.

(2) En Italia, en los Países Bajos y en Portugal, el desempleado deberá presentar además una solicitud de prestaciones en la institución competente en materia de seguro de desempleo, a través de la oficina de colocación.

(2 bis) Tachar lo que no proceda.

(2 ter) Tachar esta línea cuando la legislación que aplique la institución que sirve las prestaciones por cuenta de la otra no disponga ningún importe mensual.

(3) Según la legislación italiana, se considera permanente una actividad de más de 5 días; según las legislaciones belga, española, neerlandesa y del Reino Unido, una actividad que suponga al menos un día de trabajo normal. Según la legislación griega, una actividad que suponga al menos tres días de trabajo a la semana.

(4) Esta circunstancia no entraña la suspensión de las prestaciones si la certificación ha sido expedida por una institución danesa.

(5) O cuando el desempleado se beneficie de una pensión de vejez o de invalidez, si la certificación la extiende una institución alemana o luxemburguesa.

(5 bis) Esta circunstancia no supone la suspensión de las prestaciones, si la certificación ha sido expedida por una institución luxemburguesa o portuguesa.

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

(7) Moneda del Estado que expide el E 303.

(8) Moneda del Estado en que el desempleado busca un empleo.

Indicaciones para el desempleado que tiene intención de trasladarse a otro Estado miembro para buscar allí un empleo

Antes de su partida

Usted deberá hacer lo necesario para asegurarse de que, si procede, puede beneficiarse de las prestaciones del seguro de enfermedad-maternidad, para usted y para los miembros de su familia, incluso mientras busca un empleo.

A este fin, preséntese en la caja de enfermedad (mútua) a la que está afiliado o estuvo afiliado en último lugar. Cuando presente el formulario E 303 que le ha sido remitido por la institución del seguro de desempleo, la caja de enfermedad le extenderá una certificación denominada «E 119». En caso de enfermedad o de maternidad, deberá presentar esta certificación en la caja de enfermedad del país en el que busca un empleo.

A su llegada,

en el lugar al que va a buscar un empleo, preséntese en el servicio de colocación; en los Países Bajos se presentará igualmente en la oficina del seguro de desempleo:

Es decir:
en Bélgica: en las oficinas locales de la Oficina nacional de empleo;
en Dinamarca: en la «arbejdsformidlingskontor» (oficina local de empleo);
en la República Federal de Alemania, en la «Arbeitsamt» (oficina de trabajo);
en Grecia: en la oficina local del «Organismo Apascholiseos Ergatikou Dynamikou» (OAED) (oficina del empleo de la mano de obra); en su defecto, en la oficina local del IKA;
en España: «Dirección Provincial del INEM (Instituto Nacional de Empleo)»;
en Francia: en la agencia local de empleo;
en Irlanda: en la «Local Office of the Department of Social Welfare» (Oficina local del Ministerio de Previsión Social) más próxima;
en Italia: la «Sezione Comunale di collocamento (Oficina municipal de empleo) donde presentará también su solicitud de prestaciones de desempleo;
en Luxemburgo: en la administración del empleo;
en los Países Bajos: en la «Gewestelijk Arbeidsbureau» (Oficina regional del trabajo y en la oficina de distrito del «Gemeenschappelijk Administratiekantoor» (Oficina administrativa común);
en Portugal, **para el continente:** El «Centro de Emprego» (Centro de Empleo) del lugar de estancia; **para Madeira:** la «Direcção Regional de Emprego» (Dirección Regional de Empleo), Funchal; **para las Azores:** el «Centro de Emprego» (Centro de Empleo) del lugar de estancia;
en el Reino Unido, en la «Local Employment Exchange» (oficina local de colocación).

Usted entregará allí todos los ejemplares del formulario E 303 que tenga en su poder, con excepción del E 303/5, que usted conservará. Para Dinamarca, es la Institución danesa competente la que envía siempre directamente los formularios a la institución del país en que el interesado busca empleo. El solicitante de empleo no recibe, pues, más que una copia de los mismos.

En ese formulario E 303 encontrará usted la fecha límite en la cual deberá usted presentarse si quiere seguir beneficiándose de las prestaciones de desempleo a partir del momento en que haya dejado de estar inscrito como solicitante de empleo en el país que ha dejado.

Mientras busca empleo,

estará sometido al control de los servicios de colocación y del seguro de desempleo como los demás desempleados de la localidad. Cuando se produzca un cambio de situación que pueda tener influencia en su derecho a las prestaciones de desempleo, deberá declararlo en la institución en la que haya entregado el formulario E 303; procede hacer lo mismo en caso de incapacidad para el trabajo.

Si este cambio de situación puede suponer un aumento de sus derechos a prestaciones (por ejemplo, en caso de matrimonio o de nacimiento de un hijo), podrá enviar directamente su declaración a la institución que le haya remitido el formulario E 303, acompañando los documentos justificativos apropiados.

Si regresa a su último país de empleo antes de que finalice el período indicado en el punto 4 del formulario que le ha sido entregado, podrá continuar beneficiándose de las prestaciones de desempleo en las condiciones en vigor en dicho país. Sin embargo, los servicios de colocación y del seguro de desempleo de su último país de empleo deberán ser informados de los períodos por los cuales se hayan abonado prestaciones de desempleo en el país al que haya ido a buscar un empleo. Por consiguiente, antes de regresar a su último país de empleo, deberá hacer que la oficina de colocación le expida la certificación que figura al dorso del presente formulario y que indique, en su caso, los períodos por los cuales haya percibido prestaciones en el país al que haya ido a buscar un empleo. En el caso de que no haya recibido estas prestaciones, en su totalidad o en parte, podrá delegar en una persona de confianza para que perciba las cantidades que se le adeudan.

La posibilidad de delegar en una persona no se admite en el Reino Unido ni para las prestaciones del Reino Unido.

Si regresa a su último país de empleo después de finalizar el período indicado en el punto 4 del formulario E 303 que le ha sido entregado, perderá allí todo derecho a dichas prestaciones.

No obstante, si el retraso en su regreso se debe a circunstancias excepcionales, la oficina que le ha entregado el formulario podrá decidir que se restablezca su derecho a prestaciones después de su regreso.

Cumplimentar por la institución del país en que el desempleado busca empleo

1	Desempleado

1.1 Apellido (1)

.....

1.2 Nombres ..... Apellido de soltera (1) ..... Fecha de nacimiento .....

2 E 303 de ..... expedido por la institución

2.1 (denominación) .....

2.2 (dirección) .....

3 Sobre la base del citado E 303

3.1 Se han pagado las prestaciones de desempleo por los períodos

de	a	número de días
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3.2 No se han pagado las prestaciones de desempleo por los días

de	a	número de días
.....	.....	.....
.....	.....	.....

por los motivos siguientes (por ejemplo finalización del período, nuevo empleo, enfermedad, regreso a ..... etc):

.....

.....

4	Institución del país en que el desempleado busca empleo

4.1 Denominación: .....

4.2 Dirección: .....

.....

4.3 Sello

4.4 Fecha: .....

4.5 Firma

.....

NOTAS

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

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 401 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA CON MIRAS A LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73.1; artículo 74.1; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86.2; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

Se adjuntará a la solicitud dirigida a la institución competente para la concesión de prestaciones familiares.

1

☐ Trabajador asalariado
☐ Huérfano
☐ Titular de pensión (régimen asalariados)
☐ Titular de pensión (régimen no asalariados)

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

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Estado civil ☐ soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐ separado

1.5 Dirección en el país de residencia de los miembros de la familia (2): .....

2 Cónyuge

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

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

2.4 Profesión que se ejerce en la actualidad: .....

2.5 Dirección (2): .....

3 Miembros de la familia distintos del cónyuge

Apellido (1 bis)	Nombres	Fecha de nacimiento	Parentesco (3)	Lugar de residencia (4)	Profesión
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3.1 Observaciones: .....

4 Esta información se dará únicamente por necesidad de las instituciones danesas

4.1 Persona que ejerce la patria potestad

.....

4.2 El mantenimiento de los hijos ☐ se paga ☐ no se paga con fondos públicos

4.3 La madre o el padre de los niños ☐ ha fallecido ☐ no ha fallecido
En caso afirmativo, fecha del fallecimiento .....

4.4 La madre o el padre de los niños ☐ se beneficia ☐ no se beneficia
de una pensión de vejez o de invalidez

5 Certificación de la oficina encargada del registro civil de la administración competente (5)

La exactitud de la información citada anteriormente ha sido verificada en los documentos oficiales en nuestro poder.

5.1 Nombre y dirección de la oficina (2): .....

.....

5.2 Sello

5.3 Fecha: .....

5.4 Firma

.....

6 Nombre y dirección de la institución competente en materia de concesión de prestaciones familiares

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (2): .....

.....

6.3 Número de referencia del expediente .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse en la lengua de la autoridad indicada en el recuadro 5. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

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

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

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

(3) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).
B = hijo legitimado.
C = hijo adoptivo.
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimente en nombre del trabajador masculino, no se deberán mencionar los hijos naturales más que cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador ha sido reconocida oficialmente)
E = hijo del cónyuge.
F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos y sobrinas hasta el 3er grado de parentesco, si la institución competente fuere una institución griega.
G = otros niños que dependen permanentemente del matrimonio en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).
Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse con todas sus letras. Si un hijo está casado, divorciado o viudo, indicarlo en el punto 3.1. También si un hijo fuese huérfano de padre o madre, para las necesidades de las instituciones griegas.

(4) Si uno de los hijos no tiene la misma dirección que la indicada en 2.5, indicar dicha dirección en el siguiente recuadro:

Apellido y nombres: .....
Dirección (2): .....
.....

(5) En España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social del lugar de residencia o la Autoridad Municipal, en su caso;
En Francia, el ayuntamiento o la Caja de subsidios familiares;
en Irlanda, el «Department of Social Welfare» Ministerio de Previsión Social) — Dublín;
en Portugal, la «Junta de Freguesia» (Consejo de Parroquia) del lugar de residencia de los miembros de la familia;
en el Reino Unido, el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o el «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio Internacional), Belfast, según proceda.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 402 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73.1; artículo 74.1; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación.

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución belga, adjuntar el formulario E 402 anexo.

1 Solicitando las prestaciones familiares

- ☐ Trabajador asalariado
- ☐ Huérfano
- ☐ Persona que las reclama en virtud de otro derecho
- ☐ Titular de pensión (régimen asalariados)
- ☐ Titular de pensión (régimen no asalariados)

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

1.2 Nombres ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección (2): .....
.....

2 Alumno o estudiante

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

2.2 Nombres ..... Apellido de soltera .....

2.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (2): .....
.....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....
3.2 Dirección (2): .....
.....
3.3 Número de referencia del expediente: .....
3.4 Sello

3.5 Fecha: .....
3.6 Firma
.....

E 402

B. Certificación

Cumpliméntese por el centro (escuela o centro de enseñanza superior o universitaria) y envíese a la institución indicada en el recuadro 3.

4

4.1 La persona indicada en el recuadro 2 frecuenta el centro de enseñanza mencionado a continuación desde el .....

4.2 Clase de escuela (3): .....

4.3 La enseñanza en este centro se prolongará probablemente hasta el .....

4.4 La enseñanza comprende ..... horas lectivas por semana
Estas horas se reparten en ..... medias-jornadas (4).

5 Escuela o Centro de Enseñanza Superior o Universitaria

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (2): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse en la lengua del centro indicado en el recuadro 5.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellido(s), nombre), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Indicar si se trata de una escuela pública, de un colegio privado, o de una escuela colocada bajo el control del Estado. Se cumplimentará únicamente cuando la institución indicada en el recuadro 3 sea una institución del Reino Unido.

(4) A cumplimentar si el formulario va dirigido a una institución belga; la indicación del número de medias-jornadas se dará cuando se trate de enseñanza escolar primaria o secundaria.

E 402 Anexo ☐ (1)

Cumpliméntese cuando la solicitud de prestaciones familiares deba presentarse en una institución belga.

1 Enseñanza impartida en el centro (distinto de los de enseñanza superior o universitaria)

1.1 ¿En cuántas medias-jornadas y en cuántas horas semales se reparten los cursos?
medias-jornadas ..... horas .....

1.2 Las clases ☐ se imparten ☐ no se imparten antes de las 19 h.

1.3 El alumno ☐ atiende regularmente ☐ no atiende regularmente las clases.
En caso negativo, indicar el número de días de ausencia y el motivo.
.....

1.4 Los cursos mencionados en el punto 1.1 anterior
a) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas de prácticas necesarias para la obtención de un diploma oficial.
En caso afirmativo, indicar los salarios o las indemnizaciones mensuales netas concedidas .....
b) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas dedicadas a ejercicios prácticos en el centro.
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....
c) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas dedicadas a estudiar en el centro.
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana. .....

1.5 Clases de enseñanza
☐ Formación general ☐ Enseñanza técnica ☐ Enseñanza artística

1.6 El programa
☐ está ☐ no está reconocido por el Estado
☐ corresponde ☐ no corresponde a un programa reconocido por el Estado

1.7 Indicar los períodos de vacaciones
— Vacaciones de Navidad: del ..... al .....
— Vacaciones de Pascua: del ..... al .....
— Vacaciones de Verano: del ..... al .....

2 Enseñanza impartida en el centro de enseñanza superior o universitaria.

2.1 ☐ se trata ☐ no se trata de un programa de estudios de jornada completa
☐ se trata ☐ no se trata de un programa que conste como minimo de 13 horas.
de clase por semana, elaborado por el estudiante con autorización de la autoridad académica o de la autoridad de la Escuela

2.2 Las clases ☐ se imparten ☐ no se imparten antes de las 19 horas.

2.3 los cursos mencionados en el punto 2.1
☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas de prácticas necesarias para la obtención de un grado académico o de un diploma.
En caso afirmativo indicar los salarios o las indemnizaciones mensuales netas concedidas: .....

2.4 El estudiante ☐ prepara ☐ no prepara
una tesina de fin de estudios
En caso afirmativo
— desde qué fecha? .....
— en qué fecha deberá presentar la tesina? .....

2.5 El programa
☐ está ☐ no está reconocido por el Estado
☐ corresponde ☐ no corresponde a un programa reconocido por el Estado.

2.6 Indicar los períodos de vacaciones
— Vacaciones de Navidad: del ..... al .....
— Vacaciones de Pascua: del ..... al .....
— Vacaciones de Verano: del ..... al .....

E 402 Anexo

3	Escuela o Centro de Enseñanza Superior o Universitario

3.1 Denominación: .....

.....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma

.....

(2)

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» en la página 3

E 403 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE APRENDIZAJE PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73.1; artículo 74.1; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

1 Solicitando las prestaciones familiares

- ☐ Trabajador asalariado
- ☐ Huérfano
- ☐ Persona que las reclama en virtud de otro derecho
- ☐ Titular de pensión (régimen asalariados)
- ☐ Titular de pensión (régimen no asalariados)

1.1 Apellido(s) (1 bis) .....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Dirección en el pais de residencia del aprendiz (2) .....

.....

2 Aprendiz

2.1 Apellido(s) (1 bis) .....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera .....

2.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (2): .....

.....

3 Institución competente para la concesión de prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma

.....

B. Certificación.

Cumpliméntese por la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje y envíese al organismo encargado del control de aprendizaje, que deberá hacerla llegar a la institución mencionada en el recuadro 3.

4 Información relativa al aprendizaje.

4.1 El aprendiz mencionado en la página precedente nos ha sido confiado desde el: .....
para su formación en el oficio de .....

4.2 El aprendizaje tiene lugar: ☐ ..... días por semana ☐ ..... horas por semana
y se prolongará hasta el: .....

4.3 El aprendiz

☐ recibe

☐ una subvención por aprendizaje o un salario ☐ neto ☐ bruto
☐ semanal ☐ mensual de .....

☐ otras prestaciones (3)
☐ vivienda ☐ pensión completa ☐ pensión parcial
☐ propinas ☐ ..... comidas al día ☐ otras (4)

del ..... al ..... alcanzando la cantidad de: .....

☐ no recibe

☐ subvención por aprendizaje, ni salario ☐ otras prestaciones

4.4 Lugar de trabajo: .....

4.5 Nombre de la persona, de la empresa o de la institución encargada del aprendizaje.
.....

4.6 Dirección (2): .....
.....

4.7 Sello

4.8 Fecha: .....

4.9 Firma
.....

5 Visto bueno del organismo encargado del control del aprendizaje (5)

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (2): .....
.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma
.....

E 403

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Consta de 3 páginas; no podrá suprimirse ninguna de ellas, aunque no contenga ninguna información útil. Este formulario se cumplimentará en la lengua del organismo mencionado en el recuadro 5.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) Cuando el formulario vaya dirigido a una institución del Reino Unido, detallar la cuantía de estas prestaciones en el siguiente recuadro :

Vivienda:	.....	Otras prestaciones:	.....
Pensión completa:	.....		
Pensión parcial:	.....		
Propinas:	.....		
Comidas:	.....		

(4) Llegado el caso, especificar estas «otras prestaciones» en el siguiente recuadro:

.....
.....
.....
.....

(5) Este recuadro se cumplimentará:
en Irlanda, por el Department of Social Welfare» (Ministerio de Previsión Social), en Dublin, en los casos en que el control del aprendizaje no sea competencia del Industrial Training Authority;
en Italia, por la «Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione» (Oficina provincial de trabajo y de pleno empleo).
en el Reino Unido, por el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio internacional), Newcastle-upon-Tyne o por el «Ministry of Health and Social Services, overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio internacional), Belfast, según proceda.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 404 ☐ (1)

CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE LAS PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73.1 y 3; artículo 74.1; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud

A cumplimentar por la Institución competente para la concesión de prestaciones familiares.

1 Solicitud de prestaciones familiares

- ☐ trabajador asalariado
- ☐ huérfano
- ☐ persona que los reclama en otro concepto
- ☐ titular de pensión (régimen de asalariados)
- ☐ titular de pensión (régimen de no asalariados)

1.1 Apellido(s) (1 bis) .....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección (2): .....

.....

2 Persona objeto del certificado médico

2.1 Apellido(s) (1 bis) .....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera .....

2.3 Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (2): .....

.....

3 Institución competente para la concesión de subsidios familiares

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....

.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma

.....

B. Certificado

Cumpliméntese por el médico designado per el Organismo de enlace (3) del país de residencia de la persona examinada y diríjase a la Institución mencionada en el recuadro 3.

4

4.1 a) Las facultades físicas o mentales de la persona examinada
☐ están disminuidas ☐ no están disminuidas
En caso afirmativo, porcentaje de disminución: ..... %.

b) La persona examinada
☐ es capaz de ganarse la vida
☐ es incapaz de ganarse la vida por causa de deficiencia física o mental

c) La persona examinada ☐ es ☐ no es ama de casa
En caso afirmativo ☐ está ☐ no está en situación de hacer las labores del hogar.

d) Posibles observaciones:
.....
.....
.....

e) Descripción del estado de la persona examinada:
.....
.....
.....

4.2 Fecha de comienzo de la incapacidad o de la enfermedad (de forma tan precisa como sea posible)
.....

4.3 Duración probable .....

4.4 a) un nuevo reconocimiento ☐ es necesario ☐ no es necesario

b) en caso afirmativo, fecha del reconocimiento .....

5

5.1 Apellido y nombre del médico: .....

5.2 Dirección (2): .....
.....

5.3 Fecha: .....

5.4 Firma
.....

(2)

E 404

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse en el idioma del médico que expide el certificado.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellido(s) nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) O el médico de la Caja designado por el Organismo de enlace.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 405 ☐ (1)

PRESTACIONES O SUBSIDIOS FAMILIARES EN EL CASO DE OCUPACIONES SUCESIVAS EN VARIOS ESTADOS MIEMBROS ENTRE LOS PLAZOS DE PAGO PREVISTOS POR LA LEGISLACIÓN DE DICHOS ESTADOS

Reglamento 1408/71: artículo 12; artículo 72
Reglamento 574/72: artículo 10 bis; artículo 85.2 y 3

Esta certificación será expedida a petición del interesado. Llegado el caso, la institución competente se dirigirá, para obtenerla, a la institución a la que el asegurado haya estado anteriormente afiliado en último lugar.

A. A cumplimentar por la institución competente para la concesión de prestaciones o subsidios familiares de la que dependa el asegurado.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado ☐ Desempleado

1.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Estado civil ☐ soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐ separado

1.5 Dirección (2): .....
.....

2 Persona que deberá cobrar las prestaciones o subsidios familiares

2.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

2.4 Dirección (2): .....
.....

3 Institución de la que dependía anteriormente el asegurado en virtud de una actividad asalariada o no asalariada

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....
.....

4 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

4.1 Denominación: .....

4.2 Dirección (2): .....
.....

5 Institución de la que depende actualmente el asegurado

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (2): .....
.....

5.3 Número de referencia del expediente: .....

5.4 Sello

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma
.....

E 405

B. A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones o subsidios familiares de la que dependía anteriormente el asegurado.

6

6.1 Certificamos que el trabajador indicado en el recuadro 1
6.2 ha estado asegurado del ..... al ..... (3) .....
6.3 en (4) .....
6.4 ☐ tiene derecho ☐ no tiene derecho a prestaciones o subsidios familiares
6.5 Le han sido abonadas prestaciones o subsidios familiares
del ..... al .....

7 Institución de la que dependía anteriormente el asegurado en virtud de una actividad asalariada o no asalariada

7.1 Denominación: .....
7.2 Dirección (2): .....
.....
7.3 Sello

7.4 Fecha: .....
7.5 Firma
.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(3) a) Por necesidad de las instituciones griegas, indicar el número de días de trabajo cubiertos durante el año civil anterior a aquél en que se solicitan las prestaciones o subsidios familiares.
b) Por necesidad de las instituciones belgas, indicar el número de días de trabajo asalariado o no asalariado, en el recuadro siguiente:

número de días de trabajo asalariado:	.....
número de días de trabajo no asalariado:	.....

(4) País en el que se ha ejercido la actividad considerada.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en la página 3

E 406 **F** (1)

SOLICITUD DE SUBSIDIOS FAMILIARES RELATIVOS A UN TRABAJADOR ASALARIADO SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN FRANCESA Y CUYA FAMILIA RESIDE EN UN ESTADO MIEMBRO DISTINTO DE FRANCIA

Reglamento 1408/71: artículo 73.2; artículo 74.2; artículo 75.2.b; artículo 76
Reglamento 574/72: artículo 87.1

La presente solicitud, expedida en duplicado ejemplar (en triplicado ejemplar si los miembros de la familia residen en Grecia o en Italia) (2) deberá dirigirse por el trabajador directamente a la institución francesa de subsidios familiares de la que depende en razón de su actividad.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador asalariado en desempleo

1.1 Apellido(s) (2 bis)
.....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quater) .....

1.4 Dirección en Francia (3) .....
.....

1.5 Actividad ejercida (4) .....

1.6 Fecha de entrada en Francia: .....

2 Persona que debe percibir los subsidios familiares

Declaro que la persona mencionada aquí abajo mantiene a los miembros de mi familia y solicito que los subsidios familiares se le abonen a ella

2.1 Apellido(s) (2 bis)
.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quater) .....

2.4 Vínculo de parentesco con el trabajador asalariado: .....

2.5 Denominación si se trata de persona jurídica .....

2.6 Dirección (3): .....
.....

2.7 Fecha: .....

2.8 Firma
.....

2.9 Denominación y Dirección de la Institución que debe abonar los subsidios familiares a los miembros de la familia en su lugar de residencia (3):
.....
.....

3 Miembros de la familia a cargo

3.1 Apellido(s) (2 bis)	3.2 Nombre	3.3 Fecha de nacimiento
1)	.....	.....
.....	.....	.....
2)	.....	.....
.....	.....	.....
3)	.....	.....
.....	.....	.....
4)	.....	.....
.....	.....	.....
5)	.....	.....
.....	.....	.....
6)	.....	.....
.....	.....	.....
7)	.....	.....
.....	.....	.....
8)	.....	.....
.....	.....	.....
9)	.....	.....
.....	.....	.....

3.4 Relación de parentesco	3.5 lugar de residencia	3.6 Observaciones
1) (5)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....
6)	.....	.....
7)	.....	.....
8)	.....	.....
9)	.....	.....

3.7 Declaro que no se origina derecho a subsidios familiares como consecuencia de una actividad profesional en virtud de la legislación del país de residencia de los miembros de mi familia.

3.8 Fecha: .....

3.9 Firma

.....

4 (6) En su caso, ingresos de los miembros de la familia (naturaleza e importe mensual, incluidas las prestaciones sociales)

Número de orden (5)	Miembros de la familia	Naturaleza de los ingresos	Importe
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5

5.1 Si Vd. ha ejercido una actividad asalariada en otro Estado miembro en el curso del mes de la entrada en Francia y si aún no se ha expedido un formulario E 405, indicar

5.2 El período de empleo: .....

5.3 La denominación y dirección (3) de la Institución competente en materia de subsidios familiares de la que Vd. depende:

.....

.....

5.4 Su número de afiliación en dicha Institución: .....

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma

.....

6 Certificación del empresario

6.1 Nombre o razón social: .....

6.2 Rama de actividad (7): .....

6.3 Dirección (3): .....

.....

6.4 Comienzo de la actividad: .....

6.5 El trabajador asalariado ☐ es ☐ no es titular de un contrato de trabajo de temporada

6.6 En caso afirmativo, duración del contrato: .....

6.7 Fecha: .....

6.8 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas puede suprimirse, aunque no contenga ninguna mención útil.

Indicaciones para el asegurado

El trabajador asalariado sometido a la legislación francesa y el trabajador asalariado en desempleo que se beneficia de prestaciones de desempleo a cargo de Francia, tienen derecho, por los miembros de su familia que residen en un Estado miembro distinto de Francia, a los subsidios familiares previstos por la legislación del país de residencia de los miembros de la familia. Los subsidios se abonan por la Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia a la vista de una certificación E 407 expedida por la Institución francesa de subsidios familiares.

NOTAS

(1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador: F = Francia.

(2) Por necesidad de las Instituciones griegas e italianas, se deberá adjuntar un ejemplar del formulario E 406 al formulario E 407.

(2 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellido(s), nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(2 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: ninguno.

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(4) Por necesidad de las Instituciones italianas, precisar si se trata de un obrero o de un empleado.

(5) Poner enfrente de cada uno de estos números de orden la información relativa a la persona que corresponde al mismo número de orden en el punto 3.1. Para las necesidades de las instituciones griegas, si se tratare de nietos, hermanos/hermanas y sobrinos/sobrinas hasta el 3er grado de parentesco, indicar también, en el punto 3.6, si son huérfanos de padre o madre.

(6) A cumplimentar únicamente si los miembros de la familia residen en Italia.

(7) Asalariados de la industria y el comercio, de las profesiones liberales (directivos, empleados, obreros), periodistas profesionales, asalariados de compañías de seguros, asalariados de las Instituciones de crédito, asalariados de actividades artesanales, asalariados agrícolas.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 407 **F** (1)

CERTIFICACIÓN DE LOS PERÍODOS DE EMPLEO O DE DESEMPLEO INDEMNIZADO EN FRANCIA PARA LA CONCESIÓN DE LOS SUBSIDIOS FAMILIARES A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE UN TRABAJADOR ASALARIADO O DE UN TRABAJADOR ASALARIADO EN DESEMPLEO QUE RESIDEN EN UN PAÍS DISTINTO DE FRANCIA.

Reglamento 1408/71: artículo 73.2; artículo 74.2
Reglamento 574/72; artículo 87.1 a 5; artículo 89.1

Esta certificación la expedirá la institución francesa competente en materia de subsidios familiares al trabajador asalariado, al trabajador asalariado en desempleo o, en su caso, a la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia. El trabajador o el desempleado enviará la certificación a los miembros de su familia con el fin de que éstos la remitan a la institución del lugar de residencia. Si los miembros de la familia residen en Irlanda o en el Reino Unido, esta certificación se enviará directamente a la institución competente del lugar de residencia de los miembros de la familia en estos países. Con las reservas indicadas a continuación y salvo anulación ulterior, tendrá una validez de tres meses cuando se trate de un trabajador permanente y por la duración del contrato, cuando se trate de un trabajador de temporada

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador asalariado en desempleo Número de identificación .....
☐ Trabajador asalariado de temporada

1.1 Apellido(s) (1 bis) .....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección (2): .....

2 Persona física o moral que debe percibir los subsidios familiares

2.1 Apellido(s) (1 bis) o denominación .....

2.2 Nombre ..... Sexo ..... Apellido de soltera .....

2.3 Dirección (2): .....

3 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia N° de afiliación: .....

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....

4 Certificación de los derechos

La persona indicada en el recuadro 1

4.1 ☐ ha cumplido en Francia las condiciones de empleo que le permiten beneficiarse de la totalidad de los subsidios familiares, salvo anulación ulterior, por los meses de
....

4.2 ☐ ha ejercido en Francia una actividad asalariada que le da derecho, salvo anulación ulterior a

..... (fracción)
de los subsidios familiares mensuales por los meses de ..... y .....
y a la totalidad por los meses de ..... a .....
ambos inclusive y permiten el pago de subsidios familiares sobre esta base.

4.3 ☐ es titular, en Francia, de un contrato de trabajo de temporada, válido de ..... a .....
que le permite beneficiarse de la totalidad de los subsidios
familiares por los meses de ..... y .....
ambos inclusive y de la parte proporcional por los meses de ..... y .....

4.4 ☐ se ha beneficiado, en el curso del período de ..... y .....
de prestación de desempleo en virtud de la legislación francesa durante ..... días

E 407 F

5	Institución francesa competente en materia de subsidios familiares

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (2): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Por necesidad de las instituciones griegas e italianas, procede acompañar un ejemplar del formulario E 406.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: F = Francia.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 408 ☐ (1)

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Reglamento 1408/71: artículo 73.2; artículo 74.2.
Reglamento 574/72: artículo 87.1; artículo 87.6 párrafo segundo, artículo 89.2

Esta solicitud de información podrá recabarse en cualquier momento por la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia a la institución francesa de la que dependa el trabajador asalariado.

A. A cumplimentar por la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador asalariado de temporada ☐ Trabajador asalariado en desempleo

1.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección (2): .....
.....

2 Empresario

2.1 Nombre o razón social: .....

2.2 Dirección (2): .....
.....

3 Persona que deberá cobrar los subsidios familiares en el país de residencia

3.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

3.2 Nombre ..... Sexo .....

3.3 Dirección (2) .....
.....

4 Solicitud de información

4.1 Certificación de los períodos de empleo (artículo 87.1 del Reglamento 574/72) cubiertos
entre el ..... y el .....
.....
.....

4.2 Otros datos relativos al derecho del trabajador a los subsidios (artículo 87.6 del Reglamento 574/72)
.....
.....

5 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

5.1 Denominación .....

5.2 Dirección (2): .....
.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma
.....

E 408

B. A cumplimentar por la institución francesa competente

6	Información solicitada

6.1 ☐ Respuesta al punto 4.1: ver E 407 adjunto

6.2 ☐ Respuesta al punto 4.2 .....

.....

.....

.....

7	Institución francesa competente

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección (2) .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s) apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «Instrucciones» al dorso

E 409 **F** (1)

CONTROL DE LA DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE DERECHOS A SUBSIDIOS FAMILIARES EN VIRTUD DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA DE LA FAMILIA

Reglamento 1408/71: artículo 73.2; artículo 74.2
Reglamento 574/72: artículo 87.1; artículo 87.6 párrafo tercero

Esta solicitud de información se utiliza por la Institución francesa competente para hacer controlar, si procede, la declaración del cabeza de familia certificando que no se origina ningún derecho a subsidios familiares en virtud de una actividad profesional en el país de residencia de los miembros de la familia. Debe adjuntarse una copia del formulario E 406.

A. A cumplimentar por la Institución francesa competente en materia de subsidios familiares.

1 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador asalariado de temporada ☐ Trabajador asalariado en desempleo

1.1 Apellido(s) (1 bis)
.....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (1 quater) .....

1.4 Dirección en Francia (2): .....
.....

1.5 Referencia: E 406 del .....

2 Solicitud de información

2.1 ☐ Comprobar la declaración que figura en el punto 3.7 del formulario E 406 en lo que concierne a la persona designada en el n° .....

2.2 ☐ Comprobar el formulario E 406 del ..... en lo que concierne a .....
.....

3 Institución francesa

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....
.....

3.3 Sello

3.4 Fecha: .....

3.5 Firma
.....

B. A cumplimentar por la Institución de subsidios familiares del lugar de residencia de los miembros de la familia.

4 Información solicitada

4.1 ☐ origina derecho ☐ no origina derecho
en virtud de una actividad profesional en el país de residencia de los miembros de la familia

4.2 Los miembros de la familia por los que se origina derecho son los siguientes:
.....
.....

5	Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (2): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la Institución que cumplimenta la parte A del formulario: F = Francia.

(1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» al dorso

E 410 **F** (1)

NOTIFICACIÓN DE ANULACIÓN DEL DERECHO A LOS SUBSIDIOS FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73.2; artículo 74.2
Reglamento 574/72: artículo 87.3 y 6; artículo 98.2

La institución francesa competente en materia de subsidios familiares cumplimentará el formulario y lo remitirá a la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia.

1 Institución de subsidios familiares destinataria

1.1 Denominación: .....

1.2 Dirección (2): .....

.....

1.3 Referencia: E 407 del .....

2 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador asalariado de temporada ☐ Trabajador asalariado en desempleo

2.1 Apellido(s) (2 bis)

.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quatar) .....

2.4 Dirección en Francia (2): .....

.....

3

3.1 La persona indicada más arriba

3.2 ☐ no ha satisfecho la condición de actividad profesional exigida para beneficiarse de los subsidios familiares

durante el mes de ..... (artículo 87.6 del Reglamento 574/72)

3.3 ☐ ha cesado su actividad profesional desde el ..... (3)

3.4 ☐ ha interrumpido su contrato de trabajo de temporada
desde el ..... (artículo 87.3 del Reglamento 574/72)

3.5 ☐ ha trasladado su residencia a (4) .....
desde el ..... (artículo 87.6 del Reglamento 574/72)

4 Institución competente francesa

4.1 Denominación: .....

4.2 Dirección (2): .....

.....

4.3 Sello

4.4 Fecha: .....

4.5 Firma

.....

INSTRUCCONES

El formulario se cumplimentará en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: F = Francia.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país.

(2 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellido(s) nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(2 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(3) Se cumplimentará el formulario si se envía a una institución griega o del Reino Unido.

(4) Indicar el país.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social

Ver «instrucciones» en página 3

E 411 [ ] (1)

PETICIÓN DE DATOS SOBRE EL DERECHO A PRESTACIONES FAMILIARES (SUBSIDIOS FAMILIARES) EN EL ESTADO DE RESIDENCIA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Reglamento 1408/71: artículo 76
Reglamento 574/72: artículo 10

A. Solicitud de certificación:

La institución competente para la concesión de prestaciones familiares en el Estado miembro de empleo del trabajador, que quiera conocer si existe derecho a prestaciones familiares en el Estado de residencia de los miembros de la familia, cumplimentará esta parte A en dos ejemplares y los enviará al organismo de enlace en materia de prestaciones familiares del país de residencia de los miembros de la familia.

1 Trabajador asalariado — N° de expediente (2): .....

1.1 Apellido(s) (2 bis)
.....

1.2 Nombre ..... Apellido de soltera (2 bis) ..... Lugar de nacimiento (2 ter) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I (2 quater) .....

1.4 Dirección en el país de residencia de los miembros de la familia (3)
.....
.....

2 Cónyuge u otra persona cuyo derecho a prestaciones familiares en el país de residencia de los miembros de la familia hay que comprobar.

2.1 Apellido(s) (2 bis)
.....

2.2 Nombre ..... Apellido de soltera ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 Dirección (3) .....
.....

2.4 Vínculo de parentesco con los miembros de la familia indicados en el recuadro 3:
.....

2.5 Período por el que se solicita la información: .....

3 Miembros de la familia

	Apellido(s) (2 bis)	Nombres	Fecha de nacimiento	Vinculo de parentesco (4)	Lugar de residencia (5)
3.1	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

4

4.1 Empresario: .....
4.2 Dirección (3): .....
.....
4.3 Actividad no asalariada: .....

5 Institución competente

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección ([3]): .....

.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma

.....

B. Certificación

A cumplimentar por la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

6 Certificación de la institución competente en materia de prestaciones familiares del lugar de residencia de los miembros de la familia.

6.1 La persona indicada en el recuadro 2, por el período de ..... a .....

☐ tiene derecho a las prestaciones familiares por los miembros de la familia (Nombres y fecha de nacimiento):

.....

.....

.....

☐ no tiene derecho a las prestaciones familiares porque:

.....

6.2 La persona mencionada en el recuadro 2 durante el período de ..... a .....

☐ ha ejercido una actividad profesional de ..... a .....

☐ no ha ejercido actividad profesional.

7 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

7.1 Denominación: .....

7.2 Dirección ([3]): .....

.....

7.3 Sello

7.4 Fecha: .....

7.5 Firma

.....

E 411

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.

(2) Reservado a la institución expedidora.

(2 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.

(2 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(3) Calle, número, código postal, localidad, país.

(4) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador por medio de las abreviaturas siguientes:
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).
B = hijo legitimado.
C = hijo adoptivo.
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimenta en nombre de un trabajador masculino; los hijos naturales únicamente deben mencionarse cuando la paternidad o la obligación alimenticia del trabajador ha sido reconocida oficialmente).
E = hijo del cónyuge que pertenece al hogar del trabajador.
F = nietos, hermanos y hermanas que ha acogido el interesado en su hogar. También los sobrinos y sobrinas hasta el tercer grado de parentesco, si la institución competente fuere una institución griega.
G = otros niños que forman parte del hogar permanentemente, en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).
Las demás relaciones de parentesco (por ejemplo, abuelo, etc.) deben indicarse con todas las letras.

(5) Si un niño no tiene la misma dirección que la indicada en 2.3, menciónese esta otra dirección en el siguiente recuadro.

Apellido y Nombres: .....

.....

Dirección (3): .....

.....