

**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 por cuenta ajena o propia 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. Certificación del derecho

1.	Institución del lugar de residencia (*)	
1.1.	Denominación:	Nº de código (2º):
1.2.	Dirección (*):	
1.3.	Referencia: su formulario E 107 del	

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Trabajador en desempleo	
2.1.	Apellido(s) (3º)	
2.2.	Nombre	Apellidos anteriores (3º)
		Fecha de nacimiento
2.3.	Dirección en el país de residencia (*):	
2.4.	Número de identificación (3º):	
2.5.	El trabajador <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado	
2.6.	<input type="checkbox"/> El trabajador depende de un régimen de trabajadores por cuenta propia mencionado en el anexo II del Reglamento nº 574/72	

3.	Miembro de la familia (*)	
3.1.	Apellido(s) (3º)	
3.2.	Nombre	Apellidos anteriores (3º)
		Fecha de nacimiento
3.3.	Dirección en el país de residencia (*):	

4. El trabajador arriba mencionado y los miembros de su familia (*) que conviven con él
- 4.1. Los miembros de la familia (*) 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.	<input checked="" type="checkbox"/> hasta la anulación de la presente certificación	
6.2.	<input type="checkbox"/> durante un año desde la fecha señalada en el punto 5 (*)	
6.3.	<input type="checkbox"/> hasta el inclusive (*)	

7. Institución competente para enfermedad-maternidad

7.1. Denominación: N° de afiliación ^(9a):

7.2. Dirección ⁽²⁾:

7.3. Sello

7.4. Fecha:

7.5. Firma

8. Institución competente para los accidentes no laborales ⁽⁸⁾ ^(9a) ⁽¹⁰⁾

8.1. Denominación: N° de afiliación ^(9a):

8.2. Dirección ⁽²⁾:

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

10.1. Apellidos ^(3a)	Nombre	Sexo		Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
		F	M		
10.2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Institución del lugar de residencia

11.1. Denominación:

11.2. Dirección ⁽²⁾:

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 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contengan ninguna mención útil.

Instrucciones para el asegurado

- a) El presente formulario le da derecho a Ud. y a los miembros de su familia, a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si se encuentra Ud. 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 aquel en el que está Ud. asegurado.
- b) Los dos ejemplares del formulario que obran en poder de Ud. deberán ser remitidos a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia. Si Ud. se encuentra en desempleo, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución de 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**, las «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia elegido por el interesado
 - en **Grecia** por regla general, la oficina regional o local el 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**, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» del lugar de residencia. Si necesita prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Debe presentar el formulario y una fotocopia del mismo
 - en **Francia**, la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es «sí», la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero)
 - en **Irlanda**, el «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación
 - en **Italia**, por regla general, 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: «le Ministero della sanità» — «Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad — Oficina de sanidad de la marina o de la aviación)
 - en **Luxemburgo**, la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)
 - en los **Países Bajos**, una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia
 - en **Austria** la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional de seguro de enfermedad) competente de su 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), en Funchal; para las Azores: la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección general de Seguridad Social), en Angra do Heroísmo
 - en **Finlandia**, la oficina local de la «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social)
 - en **Suecia**: el «försäkringskassan» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia
 - en el **Reino Unido**, «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, mutualidad Servicio internacional), Newcastle-Upon-Tyne, o la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso;
 - en **Islandia**, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de Seguridad Social), Reykjavik
 - en **Liechtenstein**, la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de economía nacional), Vaduz
 - en **Noruega**: la «lokale Trygdekontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia.
- d) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el punto 5 y durante el periodo indicado en el recuadro 6, frente a la casilla marcada con una cruz.
- e) Ud. 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

- (*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.
- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará la parte A del formulario: B= Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega.
- (2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a solicitud de la institución del lugar de residencia.
- (2^{oa}) Completar si se conoce.
- (3) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (3^{oa}) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses indicar todos los nombres (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o pasaporte.
- (3^{oa}) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «código fiscal».
- (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 para que puedan quedar registrados, dado que los miembros de la familia beneficiarios son designados por la legislación que aplique la institución del lugar de residencia.
- (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 alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (7) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores por cuenta propia o una institución del Reino Unido de trabajadores por cuenta ajena o propia.
- (7^{oa}) Completar si se tiene.
- (8) A cumplimentar por las instituciones francesas de trabajadores independientes.
- (8^{oa}) En el caso de que el formulario sea cumplimentado por una institución de Liechtenstein, ha de consignarse el nombre de la institución competente en materia de seguros de accidentes de trabajo.
- (9) Si este formulario se utiliza para renovar una certificación expedida con anterioridad, no es necesario cumplimentar la parte B.
- (10) Cuando el Estado competente sea Liechtenstein, el coste de las prestaciones en especie relacionadas con un accidente no laboral correrá a cargo de la institución indicada en la casilla 8.