

HOSPITALIZACIÓN, NOTIFICACIÓN DE INGRESO Y DE SALIDA

Reglamento 1408/71: artículo 19; artículo 22; artículo 25.1 y 3.1; 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 o del Reino Unido, no será necesario extender este formulario.

1	Institución competente
1.1	Denominación:
1.2	Dirección (2):

2	<input type="checkbox"/> Trabajador asalariado	<input type="checkbox"/> Titular de pensión o de renta (régimen asalariados)	
	<input type="checkbox"/> Trabajador no-asalariado	<input type="checkbox"/> Titular de pensión o de renta (régimen no-asalariados)	
	<input type="checkbox"/> Trabajador en desempleo	<input type="checkbox"/> Solicitante de pensión o de renta	
2.1	Apellido(s) (2 bis)		
2.2	Nombre	Apellidos anteriores (2 bis)	Fecha de nacimiento
2.3	Dirección en el país de residencia o de estancia (2)		
2.4	Número de identificación (2 bis):		

3	Miembro de la familia hospitalizado		
3.1	Apellido(s) (2 bis)		
3.2	Nombre	Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
3.3	Dirección en el país de residencia o de estancia (2) (2)		
3.4	Número de identificación (2 bis)		

4	Referencia		
4.1	<input type="checkbox"/> su formulario	del	(4)
4.2	<input type="checkbox"/> nuestro formulario E 107 del		

A. Notificación de ingreso

5	La persona mencionada	<input type="checkbox"/> en el recuadro 2	<input type="checkbox"/> en el recuadro 3	
5.1	ha sido hospitalizada el		
5.2	en el centro siguiente (5)		
5.3	a consecuencia de	<input type="checkbox"/> enfermedad	<input type="checkbox"/> maternidad	<input type="checkbox"/> accidente de trabajo (6)
		<input type="checkbox"/> enfermedad profesional (?)	<input type="checkbox"/> accidente no-laboral (6)	
5.4	La hospitalización se prolongará probablemente hasta el			
5.5	<input type="checkbox"/> (3) Documentos acreditativos o informe médico adjuntos			

B. Notificación de salida

6	La hospitalización notificada
	<input type="checkbox"/> en nuestro formulario E 113, con fecha de
	<input type="checkbox"/> en el apartado A, aquí arriba,
	ha finalizado el

7	Institución del lugar de residencia o de estancia	
7.1	Denominación:
7.2	Dirección (2):
7.3	Sello
	7.4	Fecha:
	7.5	Firma

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

- * Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.
- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (2 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellido, 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 documento nacional de identidad (D.N.I.) si se posee, aunque esté caducado. En caso de no poseerlo indicar expresamente: «ninguno». Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale». Para las personas aseguradas en Suecia, consignar el número nacional de identificación personal.
- (3) A indicar cuando la dirección del miembro de la familia sea distinta de la mencionada en el recuadro 2.
- (4) Número y fecha de emisión del formulario que certifica el derecho a las prestaciones del asegurado.
- (5) Denominación del Centro hospitalario.
- (6) Si la víctima está asegurada en Bélgica o en Liechtenstein, indicar a continuación el nombre y la dirección del empresario:

Nombre o razón social:
Dirección (2):

- (7) A indicar, si es posible.
- (8) A cumplimentar para uso de las instituciones francesas de los trabajadores agrícolas no-asalariados y para las necesidades de las instituciones portuguesas.
- (9) Señálese con una cruz, si procede.