

**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: .....	Nº de código (2 bis): .....
1.2	Dirección (2): .....	
1.3	Referencia: su formulario E 107 del .....	

2	<input type="checkbox"/> Trabajador asalariado	<input type="checkbox"/> Trabajador no asalariado
	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (2 bis)	<input type="checkbox"/> 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 (2): .....	
2.4	Número de afiliación .....	
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 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 (2): .....	

4	<input type="checkbox"/> El trabajador arriba mencionado y los miembros de su familia (2) que conviven con él
4.1	<input type="checkbox"/> Los miembros de la familia (2) 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 type="checkbox"/> hasta la anulación de la presente certificación	
6.2	<input type="checkbox"/> durante un año desde la entrega de la presente certificación (2)	
6.3	<input type="checkbox"/> hasta el ..... inclusive (2)	

<b>7</b>	<b>Institución competente para enfermedad-maternidad</b>		
7.1	Denominación: .....	Nº de código (7 bis): .....	
7.2	Dirección (9): .....		
7.3	Sello		
		7.4	Fecha: .....
		7.5	Firma

<b>8</b>	<b>Institución competente para los accidentes no laborales (9)</b>		
8.1	Denominación: .....	Nº de código (7 bis): .....	
8.2	Dirección (9): .....		
8.3	Sello		
		8.4	Fecha: .....
		8.5	Firma

**B. Notificación de la inscripción (9)**

<b>9</b>	
9.1	<input type="checkbox"/> El trabajador citado en el recuadro 2 y los miembros de su familia
9.2	<input type="checkbox"/> Los miembros de la familia del desempleado citado en el recuadro 2
9.3	<input type="checkbox"/> han sido inscritos en nuestra institución el .....
9.4	<input type="checkbox"/> no han podido inscribirse en nuestra institución porque .....

<b>10</b>	<b>Miembros de la familia inscritos</b>			
10.1	Apellido(s) (3 bis)	Nombre	Apellido de soltera	Fecha de nacimiento
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

<b>11</b>	<b>Institución del lugar de residencia</b>		
11.1	Denominación: .....		
11.2	Dirección (9): .....		
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

## 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 oficial 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 marittima 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 «asalarado» o «no asalarado», 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.