

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 estancia

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

2	☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador fronterizo (asalariado) ☐ Titular de pensión o de renta (régimen asalariados) ☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador fronterizo (no asalariado) ☐ Titular de pensión o de renta (régimen no asalariados) ☐ Trabajador en desempleo ☐ Solicitante de pensión o de renta			
2.1	Apellido(s) (2 bis)			
2.2	<table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Apellidos anteriores (2 bis)</td> <td>Fecha de nacimiento</td> </tr> </table>	Nombre	Apellidos anteriores (2 bis)	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellidos anteriores (2 bis)	Fecha de nacimiento		
2.3	Dirección habitual (2):			
2.4	Número de identificación (2 bis)			
2.5	☐ titular ☐ solicitante de la pensión o de la renta de ☐ vejez ☐ invalidez ☐ supervivencia ☐ accidente de trabajo ☐ enfermedad profesional			
2.6	nº (2) categoría (3) Institución deudora de la pensión o de la renta			

3	☐ Primer empresario (4) ☐ 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):

- | | |
|-----|---|
| 9 | Institución del lugar de residencia o de estancia |
| 9.1 | Denominación: |
| 9.2 | Dirección (?): |
| 9.3 | Sello |
| 9.4 | Fecha: |
| 9.5 | Firma |

10	
10.1	☐ Adjunto remitimos el formulario antes citado con el ruego de que nos devuelva un ejemplar debidamente cumplimentado y firmado ⁽³⁾
10.2	☐ No nos es posible expedir la certificación solicitada en la parte A, porque

11.1	Denominación:		Nº de código (10):	
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 contenga ninguna mención útil.

NOTAS

- Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI. Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.
- (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; 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. Para los nacionales portugueses indicar todos los apellidos (apellidos, nombre y 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».
Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».
- (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 desempleado.
- (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».
- (6) A cumplimentar únicamente en el caso de miembros de la familia por los que se haya presentado una solicitud de prestaciones por 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.