

### 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 9).

1	Institución competente
1.1	Denominación: .....
1.2	Dirección (?): .....

2	<input type="checkbox"/> Trabajador asalariado <input type="checkbox"/> Trabajador no asalariado <input type="checkbox"/> Trabajador en desempleo
2.1	Apellido(s) (2bis): .....
2.2	Nombre ..... Apellidos anteriores (2bis) ..... Fecha de nacimiento .....
2.3	Dirección en el país competente (?): .....
2.4	Dirección en el país de residencia o de estancia (?): .....
2.5	Número de identificación (2bis): .....
2.6	Portador del formulario E 119 expedido el: ..... (?) y del formulario E 303 expedido el: ..... (?)

3	Empresario (4)
3.1	Nombre o razón social: .....
3.2	Dirección (?): .....
3.3	Actividad de la empresa: .....

A  Solicitud de prestaciones (5)

4	La persona mencionada en el recuadro 2 ha solicitado el: ..... la concesión de prestaciones en metálico por incapacidad laboral, a consecuencia
4.1	<input type="checkbox"/> de enfermedad (6) <input type="checkbox"/> de maternidad (fecha probable del parto): .....
	<input type="checkbox"/> de accidente de trabajo <input type="checkbox"/> de accidente acaecido el: .....
	<input type="checkbox"/> de enfermedad profesional <input type="checkbox"/> de adopción <input type="checkbox"/> de compensación reducida en caso de maternidad o adopción (6)

5	El certificado del médico que la atiende
	<input type="checkbox"/> se adjunta <input type="checkbox"/> 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 ustedes. 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 (8)

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

B  Prórroga de la incapacidad laboral (5)

11 En relación con

11.1  nuestro formulario E 115 del .....

11.2  nuestro formulario E 117 del .....

11.3 tenemos el honor de informales 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 Dirección (2): .....

12.4 Sello

12.3 Fecha: .....

12.5 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, aunque no contenga mención útil.**

## NOTAS

- (\*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: en virtud de este Acuerdo, el presente formulario **se aplicará** igualmente a Islandia, Liechtenstein y Noruega
- (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; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = **Suecia**; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N= Noruega.
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país y número de teléfono.
- (2<sup>bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. 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.
- (2<sup>ter</sup>) 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) 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) En caso de una solicitud presentada a Noruega.
- (7) Adjuntar una copia del formulario E 118 dirigido al interesado.
- (8) Si el formulario se envía a una institución alemana o italiana, no ha de marcarse esta casilla (sino la 10).
- (9) Para Italia, este formulario se enviará, en caso de enfermedad o maternidad, a la sede provincial competente del "Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS), y en caso de accidente laboral o enfermedad profesional, al "Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL). Para los Países Bajos, si no se conoce la institución competente del seguro de enfermedad, enviar el formulario al GAK, Postbus 8300, Amsterdam.