

CONCESIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO

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 18.6 y 8; artículo 24; artículo 26.7; artículo 61.6 y 8; artículo 64

La institución competente cumplimentará el presente formulario y lo remitirá a la institución del lugar de residencia o de estancia. La institución competente deberá informar igualmente al trabajador en el caso en que las prestaciones económicas las abone la institución del lugar de residencia (Reglamento 574/72, artículo 61.8).

1	Institución del lugar de residencia o de estancia		
1.1	Denominación:		
1.2	Dirección (2):		
2 Referencia: su formulario E 115 de (fecha)			
3	☐ El trabajador asalariado ☐ El trabajador no asalariado ☐ El trabajador en desempleo		
3.1	Apellido(s) (2 bis)		
3.2	Nombre	Apellidos anteriores (2 bis)	Fecha de nacimiento
3.3	Dirección en el país de residencia o de estancia (2)		
3.4	Número de identificación (2 ter):		
4	☐ Tiene derecho a las prestaciones económicas, provisionalmente y salvo prórroga, en su caso del al		
4.1	☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas Motivo: ver E 118 adjunto		
4.2	☐ No tiene derecho a las prestaciones económicas a partir de Motivo: ver E 118 adjunto		
5	Estas prestaciones serán abonadas (3 bis)		
5.1	☐ por nuestra institución		
5.2	☐ por ustedes a cargo nuestro (3 ter)		
5.3	☐ por el empresario, desde hasta (4) (5)		
6	(2) (5)		
6.1	La indemnización deberá abonarse		
6.2	por todos los días de la semana, salvo ☐ el lunes ☐ el martes ☐ el miércoles ☐ el jueves ☐ el viernes ☐ el sábado ☐ el domingo		
6.3	El importe diario neto de dicha indemnización será de (7) si el asegurado no está hospitalizado (7) en caso de hospitalización		
6.4	☐ (8) Cuando las indemnizaciones se deban por un mes completo, se concederán por 30 días, aunque el mes tenga más o menos de 30 días		
7	Les rogamos nos comuniquen a la mayor brevedad posible el resultado		
7.1	☐ de un reconocimiento (9)		
7.2	☐ de un control administrativo		
7.3	☐ de un nuevo control médico, que se efectuará hacia el (fecha)		

8	Institución competente	
8.1	Denominación:	Nº de código (10):
8.2	Dirección (2):	
8.3	Sello	
	8.4	Fecha:
	8.5	Firma

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

- (1) 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, Islandia, 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 (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (2 ter) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».
- (3) Esta información no es necesaria cuando se trate de desempleados por los que se ha extendido un formulario E 119.
- (3 bis) La institución competente puede indicar a continuación la forma de pago:
.....
- (3 ter) Si el formulario va dirigido a una institución francesa o italiana, no es preciso rellenar esta casilla.
- (4) A cumplimentar, en su caso, por las instituciones danesas, alemanas o luxemburguesas.
- (5) A cumplimentar por las instituciones alemanas, españolas y luxemburguesas.
- (6) A cumplimentar únicamente en el caso indicado en el punto 5.2.
- (7) Indicar el importe en la moneda del país competente.
- (8) Poner una cruz en esta casilla, si procede.
- (9) Indicar la clase de reconocimiento médico solicitado (radiografía, análisis de etc.).
- (10) Completar si se tiene.