

CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS EM CASO DE MATERNIDADE E DE INCAPACIDADE DE TRABALHO

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.i; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii
Regulamento 574/72: artigo 18º 6 e 8; artigo 24º; artigo 26º 7; artigo 61º 6 e 8; artigo 64º

A instituição competente preenche o presente formulário e envia-o à instituição de lugar de residência ou de estada. A instituição competente deve igualmente informar o trabalhador no caso das prestações pecuniárias serem pagas pela instituição do lugar de residência (Regulamento 574/72, artigo 61º 8).

1 Instituição do lugar de residência ou de estada

1.1 Designação:

1.2 Endereço (2):

2 Referência: vosso formulário E 115 de

3 O trabalhador assalariado O trabalhador não assalariado O trabalhador em situação de desemprego

3.1 Apelido (2*)

3.2 Nomes próprios Apelidos anteriores (2*) Data de nascimento

3.3 Endereço no país de residência ou de estada (2):

3.4 Número de identificação (2b):

4 tem direito a prestações pecuniárias, provisoriamente e salvo prorrogação eventual, de a

4.1 não tem direito a prestações pecuniárias
Motivo: ver E 118 anexo

4.2 deixou de ter direito às prestações pecuniárias, a partir de
Motivo: ver E 118 anexo

5 Estas prestações serão concedidas (2a)

5.1 por nós

5.2 pela vossa instituição, por nossa conta (2b)

5.3 pela entidade patronal (4)

de até

6 (3) (5)

6.1 O subsídio deve ser pago:

6.2 por todos os dias da semana, salvo Segunda Terça Quarta
 Quinta Sexta Sábado Domingo

6.3 O montante líquido deste subsídio é de
..... (7) se o segurado não estiver hospitalizado.
..... (7) em caso de hospitalização.

6.4 (8) Quando o subsídio for devido por um mês completo serão considerados 30 dias, quer o mês tenha ou não 30 dias

7 Queiram enviar-nos, logo que possível, o resultado

7.1 de exame (9)

7.2 de controlo administrativo

7.3 de nova inspecção médica a efectuar por volta de

8	Instituição competente	
8.1	Designação:	Nº de código (10):
8.2	Endereço (2):	
8.3	Carimbo	
	8.4	Data:
	8.5	Assinatura

INSTRUÇÕES

Este formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando somente as linhas pontilhadas.

NOTAS

- EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.
- (1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.
- (2) Rua, número, código postal, localidade, país.
- (2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.
- (2b) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».
- (3) Esta informação é desnecessária no caso dos desempregados para os quais tenha sido emitido um formulário E 119.
- (3a) A instituição competente pode indicar aqui o método de pagamento:
.....
.....
- (3b) Quando este formulário for enviado a uma instituição francesa ou italiana, é desnecessário assinalar esta quadrícula.
- (4) A preencher, se for o caso, pelas instituições dinamarquesas, alemãs ou luxemburguesas.
- (5) A preencher pelas instituições alemãs, espanholas e luxemburguesas.
- (6) A preencher somente no caso indicado no ponto 5.2.
- (7) Indicar o montante na moeda do país competente.
- (8) Assinalar com uma cruz esta quadrícula se for o caso.
- (9) Indicar o tipo de exame médico pedido (radiografia, análise de ..., etc.).
- (10) A completar se o possuir.