

**NOTIFICACIÓN DE NO RECONOCIMIENTO O DE TERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO**

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, b.ii y c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, b.ii y c.ii  
Reglamento 574/72: artículo 18.4 y 6; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.4 y 6; artículo 64

Si el formulario afecta a un trabajador en activo, la institución del lugar de residencia o de estancia (o la institución competente) expedirá dos ejemplares de éste, de los cuales uno se entregará al trabajador y el otro a la institución de enfermedad-maternidad o de seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del país competente (del lugar de residencia o de estancia). Si afecta a un trabajador en desempleo, es preciso expedir, además de los dos ejemplares mencionados (uno de los cuales se entregará al trabajador en desempleo), dos ejemplares suplementarios, uno de los cuales se dirigirá a la institución competente del seguro de desempleo y el otro a la institución del país al que se ha trasladado la persona desempleada para buscar empleo.

1	<input type="checkbox"/> Trabajador asalariado <input type="checkbox"/> Trabajador no asalariado <input type="checkbox"/> Trabajador en desempleo		
1.1	Apellido(s) (1bis): .....		
1.2	Nombres	Apellidos anteriores (1bis)	Fecha de nacimiento
1.3	Dirección en el país de residencia o de estancia (2): .....		
1.4	Número de identificación (2bis): .....		

2	<input type="checkbox"/> Institución competente <input type="checkbox"/> Institución del lugar de residencia o de estancia	
2.1	Denominación: .....	
2.2	Dirección (2): .....	

- 3  De los hechos que han llegado a nuestro conocimiento  
 Del control efectuado por nuestro médico el .....  
 resulta que
- 3.1  su incapacidad para el trabajo es solamente parcial  
 3.2  tiene usted derecho a una indemnización parcial por importe de ..... a partir del ..... (3)  
 3.3  no está usted incapacitado para trabajar  
 3.4  su incapacidad para el trabajo ha terminado el ..... (4)  
 3.5  El último día por el que usted percibirá prestaciones económicas es el .....  
 3.6  La institución competente decidirá hasta qué fecha percibirá usted prestaciones económicas  
 3.7  No tiene usted derecho a prestaciones por las razones siguientes: .....

4	<input type="checkbox"/> Institución del lugar de residencia o de estancia <input type="checkbox"/> Institución competente	
4.1	Denominación: .....	Nº de código (5): .....
4.2	Dirección (2): .....	
4.3	Sello	
	4.4	Fecha: .....
	4.5	Firma

**INSTRUCCIONES**

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Incluido su Anexo, se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, aunque no contenga mención útil.

**INDICACIONES PARA EL TRABAJADOR O EL DESEMPLEADO:**

*Si está disconforme con la decisión que se le notifica en el presente documento puede presentar recurso contra ella. Para más información sobre las vías y los plazos legales de recurso, véase el anexo.*

*Para las vías y los plazos de recurso, sírvase seguir las instrucciones del Estado competente.*

**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.
- (1<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) Calle, número, código postal, localidad, país y número de teléfono.
- (2<sup>bis</sup>) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el "codice fiscale".
- (3) No se cumplimentará salvo que sea la institución competente la que expida el formulario. Indíquese si se trata de una cantidad diaria, **semanal**, mensual.
- (4) Se hará constar el último día de incapacidad para el trabajo.
- (5) Completar si se tiene

VÍAS Y PLAZOS DE RECURSO

Reglamento 574/72: artículo 18.4; artículo 61.4

1. BÉLGICA

Si no está usted de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede usted presentar un recurso por escrito, fechado y firmado, que depositará y enviará, en sobre certificado, en el mes siguiente al día de la notificación de la decisión que se recurre, a la escribanía del tribunal de trabajo competente.

Por tribunal de trabajo competente se entiende:

- a) Si usted está domiciliado en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encuentre su domicilio;
- b) Si usted no tiene o ha dejado de tener domicilio en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción donde se encontraba su último domicilio o su última residencia en Bélgica;
- c) Si usted no ha tenido domicilio o residencia en Bélgica, el tribunal de trabajo de la circunscripción de su última ocupación en Bélgica.

2. DINAMARCA

Si desea recurrir la decisión que figura adjunta, dispone de cuatro semanas, a contar desde la fecha en que recibiera la notificación de la decisión, para presentar un recurso ante el "Den Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget" (Comisión de recursos en materia social, Subcomisión de subsidios diarios), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Copenhagen K.

3. ALEMANIA

El presente documento oficial adquiere fuerza vinculante si en un plazo de tres meses desde su notificación no ha presentado ningún recurso por escrito ante el organismo alemán que figura a continuación:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

4. GRECIA

Si no está de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede usted en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de su notificación, presentar un recurso ante:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

5. ESPAÑA

Contra la decisión adjunta puede interponer reclamación en un plazo de 30 días hábiles a contar desde la fecha de su notificación, ante la siguiente institución:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

bien directamente, bien a través de la institución de su lugar de estancia o residencia.

6. FRANCIA

Si desea usted recurrir la decisión que figura adjunta, dispone de un plazo de dos meses a partir de la fecha de recepción de la notificación para presentar recurso ante el médico-jefe de la caja del seguro de enfermedad mencionada a continuación:

Denominación: .....
Dirección: .....
.....

7. IRLANDA

Si no está de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede usted dirigir una reclamación al "Social Welfare Appeals Office, D'Olier House" (Oficina de recursos en materia social), D'Olier St. Dublin 2, en un plazo de 21 días a contar desde la fecha de recepción de la decisión.

**8. ITALIA**

**Decisiones del INPS (enfermedad y maternidad).**— El asegurado que desee recurrir una decisión del INPS puede promover un recurso por la vía administrativa ante la comisión provincial correspondiente en un plazo de 90 días a contar desde la fecha en que recibiera la notificación de la decisión pertinente.

Además, el interesado puede promover un procedimiento legal en un plazo de un año a contar desde la fecha en que le fuera notificada la decisión de la Comisión, o de 90 días desde la presentación del recurso, en el caso de que la Comisión no haya adoptado decisión alguna.

**Decisiones del INAIL (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).**— El asegurado que desee recurrir una decisión del INAIL, puede, en el plazo de 60 días a partir de la recepción de la notificación que se le ha dirigido, comunicar al INAIL, por carta certificada con acuse de recibo o por carta expedida contra resguardo, los motivos por los que estima que la decisión no está justificada; si se trata de una incapacidad permanente, deberá precisar el importe de la indemnización a la que estima tener derecho; en todo caso unirá a su recurso un certificado médico indicando los hechos que apoyan su solicitud.

Si no obtiene respuesta en el plazo de 60 días a partir de la fecha del acuse de recibo o del resguardo mencionado en el párrafo anterior, o si estima que la respuesta no es satisfactoria, podrá citar a INAIL a procedimiento judicial.

El recurso puede presentarse en el INAIL bien directamente, bien por mediación de la institución del lugar de residencia o de estancia.

**9. LUXEMBURGO**

Si no está usted de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede presentar recurso previo ante el consejo arbitral de seguros sociales, ("Conseil arbitral des assurances sociales") en Luxemburgo, en un plazo de 40 días desde la recepción de la notificación de la decisión.

**10. PAÍSES BAJOS**

Si no está usted de acuerdo con la decisión que figura adjunta, puede solicitar una decisión apelable ante la institución neerlandesa competente (mencionada en el recuadro 2 o en el recuadro 4 del formulario E 118) en un plazo razonablemente corto. Esta decisión precisa las vías y plazos de recurso.

**11. PORTUGAL**

Si no está usted de acuerdo con la decisión que se acompaña, puede:

- si no se le ha reconocido la incapacidad laboral, dirigir un recurso a la "Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde" (comisión de la administración regional de salud) en un plazo de ocho días a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión, o bien,
- si se le ha denegado una solicitud de prestaciones económicas por razones de índole administrativa, dirigir un recurso al "Tribunal Administrativo do Círculo" (tribunal de lo contencioso-administrativo de la circunscripción competente) en un plazo de dos meses a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión; de haber estado residiendo fuera de Portugal, dicho plazo será de cuatro meses, a contar desde el día en que recibió la notificación de la decisión.

**12. REINO UNIDO**

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 28 días a contar desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión, ante el "Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerio de Seguridad Social, Agencia de Prestaciones, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o ante la "Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso.

**13. AUSTRIA**

Si no está usted de acuerdo con la información adjunta (E 118), puede solicitar la adopción de una decisión a la institución austriaca competente mencionada en el recuadro 2 ó 4 del formulario señalado. Para conocer las posibles vías de recurso, diríjase igualmente a dicha institución.

**14. FINLANDIA**

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso, en un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión, o bien ante la institución finlandesa mencionada en el recuadro 2 ó 4 del formulario señalado, o bien ante la institución más próxima a su lugar de residencia, la cual figura igualmente en uno de los recuadros indicados.

**15. ISLANDIA**

Si no está usted de acuerdo con la decisión adjunta, puede presentar recurso ante el Consejo de Seguridad Social, Reykjavik.

**16. LIECHTENSTEIN**

- a) en materia de seguro de enfermedad: si no está usted de acuerdo con una decisión pronunciada por una caja del seguro de enfermedad, puede solicitar una resolución formal que ha de contener las razones y la información relativa al procedimiento legal. El interesado o los interesados dispondrán de 60 días desde la recepción de dicha resolución formal para promover acciones legales ante el tribunal que corresponda;
- b) en materia de seguro de accidentes: si no está usted de acuerdo con la resolución formal que haya pronunciado una institución aseguradora de accidentes, puede, en un plazo de dos meses desde la recepción de dicha resolución, solicitar a la citada aseguradora que reconsidere su resolución. Si no está usted de acuerdo con la resolución formal que haya pronunciado una institución aseguradora de accidentes, también puede, en un plazo de dos meses desde la recepción de dicha resolución, promover acciones legales ante el tribunal correspondiente. Ello es igualmente válido para la decisión de la aseguradora de accidentes relativa a la solicitud que hubiera presentado usted de reconsideración de la resolución.

**17. NORUEGA**

Si no está usted de acuerdo con una decisión noruega, dispone de seis semanas desde la fecha en que recibió la notificación de la decisión para recurrir ante la institución mencionada en el recuadro 2 ó 4 del formulario E118.

**18. SUECIA**

Si no está usted de acuerdo con una decisión sueca, dispone de dos meses, desde la fecha en que recibió efectivamente la notificación de la decisión, para recurrir ante la institución mencionada en el recuadro 2 ó 4 del formulario E118. En el caso de que presente un recurso, ha de señalar las razones por las que considera injustificada la decisión.