



**CERTIFICADO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE POR LAS CONTINGENCIAS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD  
PARA LOS RESIDENTES EN UN PAÍS DISTINTO DEL COMPETENTE**

**Trabajadores por cuenta propia o ajena y miembros de la familia convivientes; miembros de la familia de trabajadores desempleados**

*Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 25.3.i  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 17.1 y 4; artículo 27 (primera frase)*

*La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al trabajador, o los hará llegar (en su caso, a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se tramita a petición de ésta. Esta última institución, una vez que haya recibido ambos ejemplares, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos a la institución competente.*

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de cuatro páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.**

**A. Certificación del derecho**

1.	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1	Denominación: .....
1.2	Número de identificación de la institución: .....
1.3	Dirección: .....
1.4	Referencia: su formulario E 107 del .....

2.	Persona asegurada
2.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
2.3	Apellidos de nacimiento: .....
2.4	Dirección en el país de residencia: .....
2.5	Número de identificación personal: .....
2.6	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad por cuenta ajena
2.7	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad por cuenta propia
2.8	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad fronteriza por cuenta ajena
2.9	La persona asegurada <input type="checkbox"/> ejerce una actividad fronteriza por cuenta propia
2.10	La persona asegurada <input type="checkbox"/> está desempleada

3.	Miembro de la familia <sup>(5)</sup>
3.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nombre <sup>(4)</sup> : ..... Fecha de nacimiento: .....
3.3	Apellidos de nacimiento: .....
3.4	Dirección en el país de residencia: .....
3.5	Nº de identificación personal: .....

- 4.1  El trabajador mencionado en el recuadro 2 y los miembros de su familia convivientes<sup>(6)</sup>
- 4.2  Los miembros de la familia del trabajador desempleado que se menciona en el recuadro 2<sup>(6)</sup>
- 5. tendrán derecho a percibir prestaciones en especie por enfermedad y maternidad a partir del .....

6. Los interesados conservarán este derecho

6.1  hasta la anulación de la presente certificación

6.2  durante un año desde la fecha señalada en el apartado 5<sup>(7)</sup>

6.3  hasta el ..... inclusive<sup>(8)</sup>

7. Institución competente para el seguro de enfermedad-maternidad

7.1 Denominación: .....

7.2 Número de identificación de la institución: .....

7.3 Dirección: .....  
.....  
.....

7.4 Sello

7.5 Fecha: .....

7.6 Firma: .....

**B. Notificación de la inscripción<sup>(9)</sup>**

8.

8.1  La persona asegurada citada en el recuadro 2 y los miembros de su familia

8.2  Los miembros de la familia de la persona desempleada que se mencionan en el recuadro 3

8.3  han sido inscritos en nuestra institución el .....

8.4  no han podido inscribirse en nuestra institución por el motivo siguiente .....

9.

9.1	Apellido(s) <sup>(3)</sup>	Nombre <sup>(4)</sup>	Apellidos de nacimiento	Fecha de nacimiento	Número de identificación personal
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Institución del lugar de residencia

10.1 Denominación: .....

10.2 Número de identificación de la institución: .....

10.3 Dirección: .....  
.....  
.....

10.4 Sello

10.5 Fecha: .....

10.6 Firma: .....

## Indicaciones para el trabajador

- a) *El presente formulario da derecho al trabajador y a los miembros de su familia a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si el trabajador se encuentra en situación de desempleo, el presente formulario no le es de aplicación, sino que se destina exclusivamente a los miembros de su familia que residan en un Estado miembro distinto de aquél en el que está asegurado.*
- b) *Los dos ejemplares del formulario que obran en poder del asegurado deberán remitirse a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia. En caso de desempleo del trabajador, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución del seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia de éstos.*
- c) *Las instituciones del seguro de enfermedad-maternidad son las siguientes:*  
*en Bélgica, la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;*  
*en la República Checa, la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia;*  
*en Dinamarca, la autoridad municipal del lugar de residencia;*  
*en Alemania, la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) elegida por el interesado;*  
*en Estonia, la «Eesti Haigekassa» (Caja del seguro de enfermedad estonio);*  
*en Grecia, por regla general, la delegación regional o local del Instituto de la seguridad social (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la cual no se concederán las prestaciones en especie;*  
*en España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social del lugar de residencia; si se requieren prestaciones, puede acudirse a los servicios médicos y hospitalarios del sistema sanitario de la seguridad social española, para lo cual debe presentarse el formulario junto con una fotocopia del mismo;*  
*en Francia, la «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja local del seguro de enfermedad);*  
*en Irlanda, la delegación local del «Health Service Executive» (Servicio nacional de salud);*  
*en Italia, por regla general la «Unità sanitaria locale (ASL)» (Unidad local de administración sanitaria) responsable de un determinado territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil, el «Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad, Oficina de la marina mercante y la aviación civil);*  
*en Chipre, el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia; previa solicitud, se facilitará al interesado una tarjeta sanitaria chipriota sin la cual no podrá percibir prestaciones en especie en las instituciones públicas de salud;*  
*en Letonia, el «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Instituto nacional del seguro de enfermedad obligatorio);*  
*en Lituania, el Instituto territorial del paciente, instituciones de enfermedad y maternidad;*  
*en Luxemburgo, la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores manuales);*  
*en Hungría, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» competente (Caja local del seguro enfermedad);*  
*en Malta, la «Entitlement Unit» (Unidad de derechos), Ministerio de Sanidad, 23 St. John Street, La Valeta;*  
*en los Países Bajos, el Instituto de salud competente del lugar de residencia;*  
*en Austria, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia;*  
*en Polonia, la delegación regional del «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia;*  
*en Portugal, para el continente: el «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centro territorial de solidaridad y seguridad social) del lugar de residencia; para Madeira, el «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centro de seguridad social de Madeira), Funchal; para las Azores: el «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centro de prestaciones en metálico) del lugar de residencia;*  
*en Eslovenia, el «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad);*  
*en Eslovaquia, el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;*  
*en Finlandia, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social);*  
*en Suecia, la delegación del «Försäkringskassan» (Instituto nacional de la seguridad social) del lugar de residencia;*  
*en el Reino Unido, el «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre» (Ministerio de Trabajo y Pensiones, Servicio de pensiones, Centro de pensiones internacionales), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; o para Irlanda del Norte, el «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (Departamento de desarrollo social, Prestaciones de ultramar), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*  
*en Islandia, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de la seguridad social), Reikiavik;*  
*en Liechtenstein, el «Amt für Volkswirtschaft» (Ministerio de la Economía Nacional), Vaduz;*  
*en Noruega, el «lokale Trygdekontor» (Oficina local de seguridad social) del lugar de residencia;*  
*en Suiza, la «Institution commune LAMal — Institutione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn.*
- d) *Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el apartado 5 y durante el período señalado en el recuadro 6, correspondiente a la casilla marcada con una cruz.*
- e) *En caso de que se produzca algún cambio en la situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie (abandono o cambio de empleo, cambio del lugar de residencia o de estancia del trabajador o de un familiar, etc.), debe informarse de ello a la institución del seguro a la que se haya remitido el formulario.*

## NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (2) Cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a petición de la institución del lugar de residencia.
- (3) Indicar los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (4) Indicar los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (5) Cumplimentar únicamente si el formulario está destinado a miembros de la familia de un trabajador desempleado. A efectos del alta, facilitar los datos de un solo miembro de la familia, ya que la legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.
- (6) La legislación del país de residencia determina los miembros de la familia que pueden beneficiarse de las prestaciones.
- (7) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (8) Cumplimentar si el formulario es expedido por una institución griega, húngara o británica para trabajadores por cuenta propia o ajena.
- (9) Si se extiende el presente formulario para renovar una certificación expedida anteriormente, no es necesario cumplimentar la parte B.
-