

**CERTIFICADO RELATIVO AL MANTENIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES EN CURSO POR ENFERMEDAD O MATERNIDAD**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 22.1.b.i; artículo 22.1.c.i; artículo 22.3; artículo 22 bis; artículo 31  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 22.1 y 3; artículo 23; artículo 31.1 y 3

La institución competente o, en su caso, la institución del lugar de residencia del trabajador, el pensionista o el miembro de la familia cumplimentará el presente formulario y lo entregará al interesado. Si el trabajador o el pensionista se desplaza al Reino Unido, deberá enviarse también un ejemplar del formulario a la siguiente dirección: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

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

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del trabajador por cuenta ajena
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del trabajador por cuenta propia
	<input type="checkbox"/> Pensionista (trabajador por cuenta ajena)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Pensionista (trabajador por cuenta propia)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia del pensionista (trabajador por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona asegurada	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia de la persona asegurada

1.1	Apellido(s) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Nombre <sup>(3)</sup> : .....	Fecha de nacimiento: .....
1.3	Apellidos de nacimiento: .....	
1.4	Dirección en el país competente: .....	
1.5	Dirección en el país al que se dirige el interesado: ..... .....	
1.6	Número de identificación personal <sup>(4)</sup> : .....	

2. La persona contemplada en el recuadro anterior conserva el derecho a percibir prestaciones en especie

del seguro de enfermedad-maternidad                       de un seguro de accidentes no laborales<sup>(5)</sup>

en ..... (país), adonde se dirige

2.1  para establecer allí su residencia

2.2  para recibir tratamiento en<sup>(6)</sup>  
.....  
.....

o en cualquier otro centro de naturaleza similar, si el tratamiento requiere un traslado desde el punto de vista médico.

2.3  para enviar muestras biológicas que deberán ser analizadas sin que el interesado deba acudir personalmente

3. El interesado podrá percibir dichas prestaciones presentando este certificado,  
del ..... al ..... inclusive.

4.	El informe de nuestro inspector médico	
4.1	<input type="checkbox"/> se adjunta al presente certificado en un sobre cerrado	
4.2	<input type="checkbox"/> se envió el ..... a <sup>(7)</sup> .....	
4.3	<input type="checkbox"/> se enviará en caso de solicitarse	
4.4	<input type="checkbox"/> no ha sido elaborado	

5.	Institución competente	
5.1	Denominación: .....	
5.2	Número de identificación de la institución: .....	
5.3	Dirección: .....	
5.4	Sello	5.5 Fecha: .....
		5.6 Firma: .....

## Indicaciones para el interesado

El presente certificado deberá presentarse a la mayor brevedad en la institución del seguro de enfermedad-maternidad de lugar al que esté previsto desplazarse, es decir:

en **Bélgica**, la «mutualité» (Caja local del seguro de enfermedad) elegida;

en la **República Checa**, la «Zdravotní pojišťovna» (Caja del seguro de enfermedad) de su elección;

en **Dinamarca**, la persona/el centro que atienda al paciente, por regla general el médico de familia, que lo remitirá, en su caso, a un especialista;

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**, los servicios médicos u hospitalarios del sistema de salud que cubre la Seguridad Social española, para los cuales 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;

en **Chipre**, el «Υπουργείο Υγείας» (Ministerio de Sanidad), 1448 Nicosia;

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 persona/el centro que atienda al paciente;

en **Malta**, la persona/el centro del Servicio nacional de salud (médico, odontólogo, centro hospitalario o de salud) que atienda al paciente;

en los **Países Bajos**, el Instituto de salud competente del lugar de residencia o bien, en caso de estancia temporal, el «Agis zorgverzekeringen», Utrecht;

en **Austria**, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente del lugar de residencia o estancia;

en **Polonia**, la delegación regional del «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Instituto nacional de salud) competente del lugar de residencia o estancia;

en **Portugal**, para el continente: la «Administração Regional de Saúde» (Administración regional de salud) del lugar de residencia o estancia; para **Madeira**: el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia; para las **Azores**: el «Centro de Saúde» (Centro de salud) del lugar de estancia;

en **Eslovenia**, la unidad regional competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Instituto nacional del seguro de enfermedad) del lugar de residencia o estancia;

en **Eslovaquia**, el «zdravotná poisťovňa» (Seguro de enfermedad) que elija el asegurado;

en **Finlandia**, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Instituto de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse al Centro de salud municipal o al hospital público que atienda al paciente;

en **Suecia**, al «Försäkringskassan» (Oficina local de la seguridad social); el presente formulario debe presentarse a la institución que atienda al paciente;

en el **Reino Unido**, los servicios sanitarios (médico, odontólogo, hospital, etc.) que atiendan al paciente;

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);

en **Suiza**, la «Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» (Institución común con arreglo a la Ley federal del seguro de enfermedad), Solothurn; el presente formulario debe presentarse al médico o al centro hospitalario que atienda al paciente.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Indicar todos los apellidos en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>3</sup>) Indicar todos los nombres en el orden en que figuran en el Registro civil.
- (<sup>4</sup>) Indicar el número de afiliación del trabajador si el miembro de la familia no dispone de un número de afiliación propio.
- (<sup>5</sup>) Complimentar únicamente si se trata de las instituciones francesas para los trabajadores del campo autónomos.
- (<sup>6</sup>) Complimentar si es posible.
- (<sup>7</sup>) Indicar la denominación y la dirección de la institución a la que se ha enviado el informe médico.