

# COMISIÓN

## COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

### DECISIÓN N° 166

de 2 de octubre de 1997

relativa a la modificación que deberá introducirse en los formularios E 106 y E 109

(Texto pertinente a los fines del EEE)

(98/441/CE)

LA COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES,

Vista la letra a) del artículo 81 del Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de su familia que se desplazan dentro de la Comunidad, en virtud del cual la Comisión administrativa se encargará de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación que se deriven del Reglamento (CEE) n° 1408/71 y de los Reglamentos posteriores,

Visto el apartado 1 del artículo 2 del Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, en virtud del cual dicha Comisión elaborará los modelos de certificados, certificaciones, declaraciones, solicitudes y demás documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión n° 153, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 001, E 103-E 127),

Considerando que mediante el Reglamento (CE) n° 3095/95 del Consejo, de 22 de diciembre de 1995, se modificaron el apartado 2 del artículo 17 y el apartado 1 del artículo 30, limitando a un año la duración de la validez de los formularios E 106 y E 109 emitidos por las instituciones alemanas, italianas o portuguesas;

Considerando que procede adaptar los modelos de formularios E 106 y E 109;

Considerando que el anexo VI del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, de 2 de mayo de 1992, modificado por el Protocolo de 17 de marzo de 1993, supone la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 en el Espacio Económico Europeo;

Considerando que, por decisión del Comité Mixto del EEE, los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 se adaptarán y aplicarán dentro del Espacio Económico Europeo;

Considerando que, por motivos de índole práctica, es preciso utilizar formularios idénticos en la Comunidad y en el Espacio Económico Europeo;

Considerando que, por lo que respecta a la lengua de expedición de los formularios, se atenderá a lo dispuesto en la recomendación n° 15 de la Comisión administrativa,

DECIDE:

1. Los modelos de formularios E 106 y E 109, reproducidos en la Decisión nº 153, de 7 de octubre de 1993, serán sustituidos por los modelos que se adjuntan.
2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de los interesados (derechahabientes, instituciones, empresarios, etc.) los formularios ajustados a los modelos que se adjuntan. No obstante, la introducción de nuevos modelos de formularios no va en contra de la validez de los modelos ya existentes.
3. Los formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y se presentarán de tal manera que las diferentes versiones pueden superponerse perfectamente para permitir que cada destinatario (derechahabiente, institución, empresario, etc.) reciba el formulario impreso en su lengua nacional.
4. La presente Decisión será publicada en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Entrará en vigor el 1 de enero de 1998.

Georges SCHROEDER

*El Presidente de la Comisión  
administrativa*

**CERTIFICACIÓN DE DERECHO A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD  
EN EL CASO DE PERSONAS QUE RESIDEN EN UN PAÍS QUE NO ES EL COMPETENTE**

**Trabajadores por cuenta ajena o propia y miembros de su familia que convivan con ellos; miembros de la familia  
de los trabajadores desempleados**

*Reglamento 1408/71: artículo 19.1.a; artículo 19.2; artículo 25.3.i  
Reglamento 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 asegurado, o los hará llegar (en su caso a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se cumplimenta a solicitud de ésta. Esta última institución, una vez en poder de los dos ejemplares en cuestión, cumplimentará la parte B y devolverá uno de los dos a la institución competente.

**A. Certificación del derecho**

1.	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1.	Denominación: ..... N° de código <sup>(2 bis)</sup> : .....
1.2.	Dirección <sup>(3)</sup> : .....
1.3.	Referencia: su formulario E 107 del .....

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta ajena)	
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo (por cuenta propia)	
	<input type="checkbox"/> Trabajador en desempleo		
2.1.	Apellido(s) <sup>(3 bis)</sup> .....		
2.2.	Nombre	Apellidos anteriores <sup>(3 bis)</sup>	Fecha de nacimiento
2.3.	Dirección en el país de residencia <sup>(3)</sup> : .....		
2.4.	Número de identificación <sup>(3 ter)</sup> : .....		
2.5.	El trabajador <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado		
2.6.	<input type="checkbox"/> El trabajador depende de un régimen de trabajadores por cuenta propia mencionado en el anexo II del Reglamento nº 574/72		

3.	Miembro de la familia <sup>(4)</sup>		
3.1.	Apellido(s) <sup>(3 bis)</sup> .....		
3.2.	Nombre	Apellidos anteriores <sup>(3 bis)</sup>	Fecha de nacimiento
3.3.	Dirección en el país de residencia <sup>(3)</sup> : .....		

4.  El trabajador arriba mencionado y los miembros de su familia <sup>(5)</sup> que conviven con él
- 4.1.  Los miembros de la familia <sup>(5)</sup> del desempleado anteriormente indicado
5. Tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a partir de .....

6.	Los interesados conservarán este derecho
6.1.	<input type="checkbox"/> hasta la anulación de la presente certificación
6.2.	<input type="checkbox"/> durante un año desde la fecha señalada en el punto 5 <sup>(6)</sup>
6.3.	<input type="checkbox"/> hasta el ..... inclusive <sup>(7)</sup>

**7.** Institución competente para enfermedad-maternidad

7.1. Denominación: ..... N° de afiliación <sup>(7bis)</sup>: .....

7.2. Dirección <sup>(3)</sup>: .....  
 .....

7.3. Sello

7.4. Fecha: .....

7.5. Firma  
 .....

**8.** Institución competente para los accidentes no laborales <sup>(8)</sup> <sup>(8bis)</sup> <sup>(10)</sup>

8.1. Denominación: ..... N° de afiliación <sup>(7bis)</sup>: .....

8.2. Dirección <sup>(3)</sup>: .....  
 .....

8.3. Sello

8.4. Fecha: .....

8.5. Firma  
 .....

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

**9.**

9.1.  El trabajador citado en el recuadro 2 y los miembros de su familia

9.2.  Los miembros de la familia del desempleado citado en el recuadro 2

9.3.  han sido inscritos en nuestra institución el: .....

9.4.  no han podido inscribirse en nuestra institución porque  
 .....

**10.** Miembros de la familia inscritos

10.1. Apellidos <sup>(3bis)</sup>	Nombre	Sexo		Apellidos anteriores	Fecha de nacimiento
		F	M		
10.2. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.3. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.4. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.5. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.6. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.7. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.8. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.9. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

**11.** Institución del lugar de residencia

11.1. Denominación: .....

11.2. Dirección <sup>(3)</sup>: .....  
 .....

11.3. Sello

11.4. Fecha: .....

11.5. Firma  
 .....

## INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contengan ninguna mención útil.

## Instrucciones para el asegurado

- a) El presente formulario le da derecho a Ud. y a los miembros de su familia, a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad. Si se encuentra Ud. en 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 aquel en el que está Ud. asegurado.
- b) Los dos ejemplares del formulario que obran en poder de Ud. deberán ser remitidos a la mayor brevedad a la institución del seguro de enfermedad-maternidad de su lugar de residencia. Si Ud. se encuentra en desempleo, el formulario deberá ser remitido por los miembros de su familia a la institución de seguro de enfermedad-maternidad del lugar de residencia de éstos.
- c) Las instituciones del seguro de enfermedad-maternidad en cuestión son:
- en **Bélgica**: la mutualidad elegida
  - en **Dinamarca**, la «amtskommune» competente (administración local). En el municipio de Copenhague: el «magistrat» (administración municipal); en el municipio de Frederiksberg: el «kommunalbestyrelse» (administración municipal)
  - en **Alemania**, las «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia elegido por el interesado
  - en **Grecia** por regla general, la oficina regional o local el Instituto de seguros sociales (IKA), que entrega 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 la Seguridad Social» del lugar de residencia. Si necesita prestaciones, puede acudir a los servicios médicos y hospitalarios de la red sanitaria de la Seguridad Social española. Debe presentar el formulario y una fotocopia del mismo
  - en **Francia**, la «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es «sí», la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero)
  - en **Irlanda**, el «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación
  - en **Italia**, por regla general, la «unità sanitaria locale — USL» (Unidad local de la administración de la sanidad) competente según el territorio; para los marinos y el personal de vuelo de la aviación civil; «le Ministero della sanità» — «Ufficio di sanità marittima o aerea» (Ministerio de Sanidad — Oficina de sanidad de la marina o de la aviación)
  - en **Luxemburgo**, la «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)
  - en los **Países Bajos**, una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia
  - en **Austria** la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional de seguro de enfermedad) competente de su lugar de residencia
  - en **Portugal: para el continente**: el «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de seguridad social) del lugar de residencia; **para Madeira**: La «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social), en Funchal; **para las Azores**: la «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección general de Seguridad Social), en Angra do Heroísmo
  - en **Finlandia**, la oficina local de la «Kansaneläkelaitos» (Institución de Seguro Social)
  - en **Suecia**: el «försäkringskassan» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia
  - en el **Reino Unido**, «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, mutualidad Servicio internacional), Newcastle-Upon-Tyne, o la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Agencia de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio Internacional), Belfast, según el caso;
  - en **Islandia**, el «Tryggingastofnun ríkisins» (Instituto nacional de Seguridad Social), Reykjavik
  - en **Liechtenstein**, la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de economía nacional), Vaduz
  - en **Noruega**: la «lokale Trygdekontor» (oficina local de Seguridad Social) del lugar de residencia.
- d) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el punto 5 y durante el período indicado en el recuadro 6, frente a la casilla marcada con una cruz.
- e) Ud. o los miembros de su familia deberán comunicar a la institución aseguradora a la que se remita el formulario cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie: abandono o cambio de empleo, cambio de su lugar de residencia o de estancia o del de un miembro de su familia, etc.

## NOTAS

- (\*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.
- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará la parte A del formulario: B= Bélgica; DK = Dinamarca; D = 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.
- (2) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a solicitud de la institución del lugar de residencia.
- (2<sup>bis</sup>) Completar si se conoce.
- (3) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (3<sup>bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.  
Para los nacionales portugueses indicar todos los nombres (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o pasaporte.
- (3<sup>ter</sup>) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».
- (4) A cumplimentar únicamente si el formulario afecta a los miembros de la familia del desempleado; en ese caso, facilitar datos de un solo miembro de la familia para que puedan quedar registrados, dado que los miembros de la familia beneficiarios son designados por la legislación que aplique la institución del lugar de residencia.
- (5) Los miembros de la familia con derecho a las prestaciones se determinan por la legislación del país de residencia.
- (6) En el caso de que el formulario se expida por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (7) En el caso de que el formulario se expida por una institución francesa de trabajadores por cuenta propia o una institución del Reino Unido de trabajadores por cuenta ajena o propia.
- (7<sup>bis</sup>) Completar si se tiene.
- (8) A cumplimentar por las instituciones francesas de trabajadores independientes.
- (8<sup>bis</sup>) En el caso de que el formulario sea cumplimentado por una institución de Liechtenstein, ha de consignarse el nombre de la institución competente en materia de seguros de accidentes de trabajo.
- (9) Si este formulario se utiliza para renovar una certificación expedida con anterioridad, no es necesario cumplimentar la parte B.
- (10) Cuando el Estado competente sea Liechtenstein, el coste de las prestaciones en especie relacionadas con un accidente no laboral correrá a cargo de la institución indicada en la casilla 8.
-

**CERTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL TRABAJADOR POR CUENTA AJENA O PROPIA Y LA ELABORACIÓN DE LOS INVENTARIOS**

*Reglamento 1408/71: artículo 19.2  
Reglamento 574/72: artículo 17.1, 2, 3 y 4; artículo 94.4*

La institución competente cumplimentará la parte A del formulario y entregará dos ejemplares de éste al trabajador o lo hará llegar (en su caso a través del organismo de enlace) a la institución del lugar de residencia si el formulario se ha expedido a petición de ésta. En caso de que los miembros de la familia del trabajador residan en el Reino Unido, la institución competente enviará los dos ejemplares al Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, en Newcastle-upon-Tyne. La institución del lugar de residencia, una vez en su poder estos dos ejemplares, cumplimentará la parte B y devolverá un ejemplar a la institución competente. Si los miembros de la familia residen en diferentes países, procederá expedir una certificación distinta para cada uno de dichos países.

**A. Notificación del derecho**

1.	Institución del lugar de residencia <sup>(2)</sup>
1.1.	Denominación: .....
1.2.	Dirección <sup>(3)</sup> : .....
1.3.	Referencia: su formulario E 107 de .....

2.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia
	<input type="checkbox"/> Trabajador de temporada por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajador fronterizo
2.1.	Apellidos <sup>(3 bis)</sup> .....	
2.2.	Nombre	Apellidos anteriores <sup>(3 bis)</sup>
	.....	Fecha de nacimiento .....
2.2.	Dirección <sup>(3)</sup> : .....	
2.4.	Número de identificación <sup>(3 ter)</sup> .....	
2.5.	El trabajador <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es un trabajador de las minas o establecimiento asimilado	
2.6.	<input type="checkbox"/> El trabajador depende de un régimen de trabajadores por cuenta propia, mencionado en el anexo 11 del Reglamento (EE) n° 574/72	

3.	Miembro de la familia <sup>(4)</sup>	
3.1.	Apellido(s) <sup>(3 bis)</sup> .....	
3.2.	Nombre	Apellidos anteriores
	.....	Fecha de nacimiento .....
3.2.	Dirección <sup>(3)</sup> : .....	

4. Los miembros de la familia del trabajador arriba mencionado tienen derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad-maternidad a menos
- que tengan ya derecho en virtud de la legislación del país donde residen <sup>(5)</sup>
  - que ejerzan una actividad profesional <sup>(5)</sup>
5. Este derecho comienza el .....

6.	Y continúa en vigor
6.1.	<input type="checkbox"/> hasta la anulación de la presente certificación
6.2.	<input type="checkbox"/> durante un año a partir de la fecha señalada en el punto 5 <sup>(6)</sup>
6.3.	<input type="checkbox"/> hasta la fecha prevista de finalización del trabajo de temporada, es decir
6.4.	<input type="checkbox"/> hasta el <sup>(7)</sup> ..... inclusive

## 7. Institución competente

7.1. Denominación: ..... Nº de código (<sup>7 bis</sup>): .....7.2. Dirección (<sup>3</sup>): .....  
.....

7.3. Sello

7.4. Fecha: .....

7.5. Firma  
.....B. Notificación de la inscripción (<sup>8</sup>)8.  (<sup>9</sup>)

8.1. Los miembros de la familia del trabajador indicado en el recuadro 2 no han sido inscritos, porque

8.2.  ningún miembro de la familia tiene derecho a las prestaciones8.3.  todos los miembros de la familia tienen derecho a las prestaciones en especie conforme a las disposiciones de la legislación de nuestro país8.4.  el cónyuge o la persona que tiene la custodia de los hijos ejerce una actividad profesional en nuestro país (<sup>10</sup>)8.5.  la «situación familiar» necesaria no ha sido presentada8.6.  (<sup>11</sup>) .....9.  (<sup>9</sup>)

9.1 Se han inscrito los siguientes miembros de la familia del trabajador indicado en el recuadro 2

9.2. Apellido(s) ( <sup>3 bis</sup> )	Nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Número de identificación
		F	M		
9.3. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.9. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

9.10. El coste de estas prestaciones corre a cargo de Uds.; la fecha que se toma como punto de partida del cálculo de la cuantía mencionada en el artículo 94 del Reglamento (CEE) n° 574/72 es el .....

## 10. Institución del lugar de residencia

10.1. Denominación: .....

10.2. Dirección (<sup>3</sup>): .....  
.....

10.3. Sello

10.4. Fecha: .....

10.5. Firma  
.....

## INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil

## Instrucciones para el trabajador

- a) El presente formulario permite a los miembros de su familia beneficiarse de las prestaciones en especie en caso de enfermedad-maternidad en el país en que residen y conforme a la legislación de dicho país, a menos que tengan ya derecho en virtud de esa misma legislación.
- b) En cuando esté Ud. en posesión de los dos ejemplares del presente formulario, deberá Ud. enviarlos a los miembros de su familia que los presentarán inmediatamente ante la institución de seguro de enfermedad-maternidad del lugar de su residencia, es decir:
- en **Bélgica**, la mutualidad elegida
  - en **Dinamarca**, la «amtskommune» competente (administración municipal). En el municipio de Copenhague: el «magistrat»; en el municipio de Frederiksberg: la «kommunalbestyrelse»
  - en **Alemania**, la «Krankenkasse» (Caja del seguro de enfermedad) del lugar de residencia elegido por el interesado
  - en **Grecia**, por regla general, la oficina regional o local del instituto de seguros sociales (IKA), que entregará al interesado una cartilla de sanidad sin la que las prestaciones en especie no pueden concederse
  - en **España**, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social»
  - en **Francia**, «Caisse primaire d'assurance maladie» (Caja primaria de seguro de enfermedad); si la respuesta al punto 2.5 es «sí», el formulario podrá enviarse a la «Société de secours minière» (Sociedad de socorro minero)
  - en **Irlanda**, «Health Board» (Servicio de sanidad) de la localidad en la que se solicita la prestación
  - en **Italia**, por norma general, la «Unità sanitaria locale» (USL, Unidad local de administración de la salud) competente según el territorio
  - en **Luxemburgo**, «Caisse de maladie des ouvriers» (Caja de enfermedad de los obreros)
  - en los **Países Bajos**, una caja de enfermedad competente para el lugar de residencia
  - en **Austria**, la «Gebietskrankenkasse» (Caja regional del seguro de enfermedad) competente en su lugar de residencia
  - en **Portugal, para el continente**, «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regional de la Seguridad Social) del lugar de residencia; **para Madeira**, la «Direcção Regional de Segurança Social» (dirección regional de seguridad social) Funchal; **para las Azores**: «Direcção Regional de Segurança Social» (Dirección regional de Seguridad Social) Angra do Heroísmo
  - en **Finlandia**, la oficina local del «Kansaneläkelaitos» (Institución de seguro social)
  - en **Suecia**, «försäkringskassan» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia
  - en **Islandia**, la «Tryggingastofnun ríkisins» (Institución Nacional de Seguridad Social), Reijjavik
  - au **Liechtenstein**, la «Amt für Volkswirtschaft» (Oficina de Economía Nacional), Vaduz
  - en **Noruega**, el «lokale Trygdekonto» (Oficina de Seguridad Social) del lugar de residencia
- c) Este formulario tendrá validez a partir de la fecha indicada en el punto 5 y durante el período indicado en el recuadro 6, frente a la casilla marcada con una cruz.
- d) Ud. y los miembros de su familia deberán comunicar a la institución del lugar de residencia a la que se remita el formulario cualquier cambio de situación que pueda modificar el derecho a las prestaciones en especie: abandono o cambio de empleo, cambio de su lugar de residencia o estancia o del de un miembro de su familia, etc.

## NOTAS

- (\*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Islandia, Liechtenstein y Noruega.
- (<sup>1</sup>) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimentará la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = 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.
- (<sup>2</sup>) A cumplimentar únicamente cuando el formulario se extienda a solicitud de la institución del lugar de residencia.
- (<sup>3</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>3 bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses indicar todos los nombres (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del Registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o pasaporte.
- (<sup>3 ter</sup>) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el «codice fiscale».
- (<sup>4</sup>) Indicar un solo miembro de la familia.
- (<sup>5</sup>) Poner una cruz en la casilla que proceda, si el formulario va dirigido a una institución danesa, irlandesa o del Reino Unido.
- (<sup>6</sup>) En el caso de que el formulario sea expedido por una institución alemana, francesa, italiana o portuguesa.
- (<sup>7</sup>) En el caso de que el formulario sea expedido por una institución francesa de trabajadores por cuenta propia o una institución de Grecia o del Reino Unido de trabajadores por cuenta ajena o propia.
- (<sup>7 bis</sup>) Completar si se tiene.
- (<sup>8</sup>) Si la presente certificación se expide para renovar la certificación expedida con anterioridad y cuya validez ha expirado, la institución del lugar de residencia no tendrá que cumplimentar la parte B.
- (<sup>9</sup>) Cumplimentar la casilla 8 o 9 según el caso y poner una cruz en la casilla correspondiente.
- (<sup>10</sup>) Poner, en su caso, una cruz en la casilla que procede, si la parte B es cumplimentada por una institución danesa, irlandesa o del Reino Unido.
- (<sup>11</sup>) Otros motivos.
-